
MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2013

Katja Vihervä

Marjo Äijänen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Katja Vihervä ja Marjo Äijänen	Vuosi 2013
Työn nimi	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoitossa	

TIIVISTELMÄ

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt voivat esiintyä yhdessä tai erikseen. Niitä sairastavat ihmiset tulee erilaisista oireista ja elämänhallinnan vaikeudesta huolimatta kohdata tasavertaisesti. Tärkeää kohtaamistilanteessa terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta on myös realismi, kärsivällisyys, ammatillisuus, ennakkoluulottomuus ja asiakkaan kunnioittaminen. Tässä opinnäytetyössä kohtaamisen ympäristönä ja samalla yhteistyökumppanina toimi Hämeenlinnan kaupungin Ikäihmisten hoidon ja hoivan kotihoito. Kohderyhmänä oli kotihoidon 45 sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista kotihoidossa. Tavoitteena oli selvittää, miten kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sekä mitä vahvuuksia ja mahdollisia kehittämisen kohteita heillä on kohtaamistilanteeseen liittyen. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kyselylomakkeen avulla kerätty aineisto ja sen analysointi tapahtui Webropol-ohjelmalla. Analysoinnin apuna käytettiin Excel-tilukkolaskentaohjelmaa.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat mielsivät sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisen haastavammaksi ja osaamisensa vähäisemmäksi kuin joko mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohdalla. Vahvuudeksi kaikissa asiakasryhmissä nousi vastuullisuus ja kehittämisen kohteeksi ennakkoluulottomuus. Sairaanhoitajien työympäristöstä saatu tuki kohtaamistilanteeseen oli riittävää, kun taas lisä- tai täydennyskoulutuksen saanti oli riittämätöntä. Johtopäätöksenä voitiin todeta, että lisäkoulutusta tarvitaan erityisesti mielenterveys- ja päihdehäiriötä samanaikaisesti sairastavan asiakkaan kohtaamiseen.

Avainsanat Kohtaaminen, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö, kotihoito

Sivut 35 s. + liitteet 9 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors	Katja Vihervä ja Marjo Äijänen	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Encounter of a Client who Suffers from Mental Health Disorder and Substance Abuse in Home Care	

ABSTRACT

Disorders of mental health and substance abuse can occur together or separately. People who suffer from these illnesses should be encountered equally in spite of different kinds of symptoms and the difficulty of life control. Important issues at the encounter situation from health care professional's point of view are also reality, patience, professionalism, open-mindedness and the respect of a client. In this thesis the encounter environment and a partner at the same time was Hämeenlinna home care for the elderly - Ikäihmisten hoito ja hoiva. The target group consisted of 45 nurses who work in home care.

The purpose of the Bachelor's thesis was to describe the encounter of a client who suffers from mental health disorder and substance abuse in home care. The aims were to study how nurses in home care encounter a client who suffers from mental health disorder and substance abuse and what kind of strengths and possible developing destinations they have concerning encounter situations. The working method used in the thesis was a quantitative one. The material was collected with a questionnaire by using Webropol program. The material was analysed by Webropol as well and also by the help of Excel spreadsheet program.

The outcome of the study was that nurses perceived the encounter of a client who suffers from both mental health disorder and substance abuse more challenging than with a client who has either mental health disorder or substance abuse. Also the level of knowledge of nurses is the lowest with these clients. Accountability stood out as nurses' strength and open-mindedness as their developing destination in the encounter of all client groups. The support of the working environment was achieved as adequate while the availability of further or updating education was inadequate concerning the encounter. The conclusion was that further education is needed especially in the encounter of a client who suffers from both mental health disorder and substance abuse.

Keywords Encounter, mental health disorder, substance abuse, home care

Pages 35 p. + appendices 9 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	3
2.1	Kohtaaminen hoitotyössä	3
2.2	Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen hoitotyössä	3
2.2.1	Masentunut asiakas.....	4
2.2.2	Psykoottinen asiakas.....	5
2.2.3	Ahdistuneisuushäiriötä sairastava asiakas	6
2.2.4	Persoonallisuushäiriötä sairastava asiakas	7
2.3	Päihdeasiakkaan kohtaaminen hoitotyössä	7
2.4	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen hoitotyössä	8
2.5	Kotihoito.....	9
3	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET JA HANKKEET AIHEESTA	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMA.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	13
5.1	Tutkimusmenetelmä	13
5.2	Aineiston kerääminen.....	14
5.3	Aineiston analysointi.....	15
6	TULOKSET	16
6.1	Taustatiedot	16
6.2	Mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen.....	17
6.3	Päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen.....	18
6.4	Sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen ..	20
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	22
7.1	Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	22
7.2	Luotettavuus	24
7.3	Eettisyys	25
7.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	26
7.5	Pohdintaa opinnäytetyöprosessista.....	27
	LÄHTEET	29

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake

1 JOHDANTO

Mielenterveys on muuttuva tila, johon vaikuttavat monet tekijät. Myönteisenä käsitteenä se viittaa ihmisen hyvinvointiin ja psyykkiseen toimintakykyyn. Sitä voidaan tarkastella psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota ihminen kerää ja kuluttaa jatkuvasti. Mikäli ihmisellä on useita mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä, mahdollisuus sairastua johonkin mielenterveyden häiriöön kasvaa. Suomalaisista 20 % kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä, ja vuosittain 1,5 % väestöstä sairastuu sellaiseen. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 113; Hietaharju & Nuutila 2010, 12, 14, 15, 27; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 23.)

Päihderiippuvuus on sairaus, jossa on tyypillistä runsas ja hallitsematon yhden tai useamman päihteen käyttö. Päihdehäiriötä sairastava ihminen ei kykene kontrolloimaan päihteen käytön aloittamista, lopettamista tai sen määrää, minkä vuoksi riippuvuuden toistuminen on tavallista. Yleisin täysi-ikäisille hyväksytty päihde on alkoholi, jonka kokonaiskulutus Suomessa vuonna 2009 oli 10,2 litraa asukasta kohti 100 prosenttisena alkoholina. Alkoholista aiheutuneet haitat ovatkin jatkuvasti lisääntyneet ja myös suomensisäisesti huumeita käyttävien vaikeudet ovat syventyneet. Sairastavuus ja syrjäytyminen luokitellaan yleisimmiksi päihteiden käyttöön liittyviksi ongelmiksi. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 174, 176; Hietaharju & Nuutila 2010, 68, 69; Holmberg 2008, 22; Vuori-Kemilä ym. 2010, 34.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yhä enenevässä määrin yhteydessä toisiinsa. Niiden yhteisesiintyminen asettaa haasteita diagnosoinnille ja hoidolle, sillä toisaalta asiakkaan psyykkiset oireet usein pahenevat päihteiden käytön vaikutuksesta ja toisaalta niiden hoitaminen vaikeutuu ilman päihdeongelman riittävää hallintaa (Sievers 2008, 127; Vuorilehto & Karila 2007, 169). Alkoholiongelmaisista noin 40 %:lla on jossain elämänsä vaiheessa jokin päihteistä riippumaton mielenterveyshäiriö. Ilmiö on yleinen myös toisinpäin tarkasteltuna: noin 30 % jotakin psykiatrasta häiriötä sairastavista kärsii elämänsä aikana myös päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista. (Aalto 2007a.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöissä tulee huomioida ihmisen fyysinen, psyykkinen, henkinen ja sosiaalinen näkökulma (Vuori-Kemilä ym. 2010, 66). Tällainen moniulotteinen tarkastelu mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen, jossa tärkeää on myös myönteisyys, avoimuus, turvallisuus ja kiireettömyys. Tällöin asiakkaalle muodostuu kohtaamistilanteesta mahdollisimman positiivinen kokemus. (Holmberg 2008a, 16; Jähren Kristoffersen & Nordvedt 2006, 158; Mattila 2001, 60.)

Pohjana opinnäytetyömme tutkittavalle ilmiölle toimii Välittäjä 2009 -hanke, jonka yhtenä tavoitteena Hämeen osahankkeessa oli yhtenäistää kotihoidon ja päihde- ja mielenterveystoimijoiden toimintaa (Heinonen, Hyvärinen, Hyytiälä, Kettunen, Leimio-Reijonen, Piispanen, Saarinen &

Wahlsten 2011). Lisää hankkeesta kerromme otsikon ”Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet aiheesta” alla.

Toteutamme opinnäytetyömme Hämeenlinnan kaupungin Ikäihmisten hoidon ja hoivan kotihoidossa. Hämeenlinnan kotihoidon palveluja tarjotaan alueellisesti Ydin-Hämeen, Keskusta-Kalvolan ja Läntisen alueen tiimeissä. Kotihoidon piiriin hakeudutaan asiakasohjausyksikön kautta tai lääkärin lähettämänä. Säännöllinen kotihoito perustuu asiakkaalle tehtävään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Palvelut koostuvat kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta, akuutista kotihoidosta, päivätoiminnasta ja palveluasumisesta. Hoidon tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisen asuminen kotona mahdollisimman pitkään auttamalla heitä erilaisissa arjen toiminnoissa, kuten peseytymisessä ja kodin askareissa tai sairaanhoidossa. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoitosuhteet kestävät yli kolme kuukautta ja käyntejä asiakkaan luona on vähintään kerran viikossa. Kotihoidon palvelut ovat asiakkaiden käytössä ympäri vuorokauden. (Ikäihmisten kotihoidon kriteerit ja palveluiden sisällöt 2010, 4, 5; Kotihoito n.d.; Palvelualueet n.d; Sohlberg, sähköpostiviesti 2.11.2012; Zang & Allender 1999, 3, 4, 15.)

Käsitlemme opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista erilaisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden näkökulmasta. Kuvaamme kohtaamisen, mielenterveyden ja päihteen käsitteitä tarkastellaksemme ilmiötä syvällisemmin. Avaamme mielenterveys- ja päihdeongelmia vain yleisellä tasolla mitään ikäryhmää erityisesti korostamatta, vaikka suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä (Zang & Allender 1999, xiii). Kotihoidon palvelukokonaisuudesta ja opinnäytetyön aiheeseen liittyvistä aikaisemmista tutkimuksista ja hankkeista kertoessamme puolestaan tuomme esiin myös ikääntyneet osana kotihoidon asiakaskuntaa. Ennen opinnäytetyömme toteutuksen kuvaamista käymme läpi opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Työn loppuosa koostuu aineiston analysoinnista, johtopäätöksiä tekemisestä ja opinnäytetyöprosessin pohdinnasta.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajilta Webropol-ohjelman avulla. Vastaukset analysoitiin niin ikään kyseisellä sovelluksella ja myös Excel-taulukkolaskentaohjelmaa apuna käyttäen. Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja osa hoitotyön koulutusohjelmaa. Yhteistyökumppanimme toimi Hämeenlinnan kaupungin Ikäihmisten hoidon ja hoivan kotihoito, josta käytämme tässä työssä lyhyemmin nimeä Hämeenlinnan kotihoito. Yhteistyökumppanin edustajina toimivat psykiatrinen sairaanhoitaja Niina Kettunen ja muutosjohtaja Tuovi Sohlberg. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista kotihoidossa. Tavoitteena on selvittää, miten kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sekä mitä vahvuuksia ja mahdollisia kehittämisen kohteita heillä on kohtaamistilanteeseen liittyen.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Kohtaaminen tarkoittaa filosofisena käsitteenä minän suhdetta toiseen ihmiseen. Sen perustana on tasavertainen ihmisyyys ja kanssaihminen toisuuden tunnustaminen ja kunnioittaminen. Hyvässä kohtaamisessa ihminen ottaa vastuun toisesta ihmisestä ja osoittaa häntä kohtaan kiinnostusta saaden hänet tuntemaan itsensä arvokkaaksi (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 25, 26; Kiikkala 2008, 24). Kohtaaminen on ilmiö, jossa on läsnä nykyhetken lisäksi myös molempien osapuolten menneisyys ja tulevaisuus. (Heikkinen & Laine 1997, 8, 10; Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 157; Mattila 2008, 12, 32.)

2.1 Kohtaaminen hoitotyössä

Kohtaamisen kulmakiviä hoitotyössä ovat luottamus, turvallisuus, kärsivällisyys, yksilöllisyys, huolehtiminen ja hoitajuus. Hoitajan suhtautumista asiakkaisiin määrittelee se, kuinka hän suhtautuu itseensä ihmisenä (Haho 2009, 32). Ammatillisuus ja tavoitteellisuus ovat hoitajan toiminnan perusta kohtaamistilanteessa, kun taas asiakkaan näkökulmasta korostuvat tilanteen herättämät myönteiset tai kielteiset tuntemukset. Tässä on kyse kaksinäkökulmaisuuden ilmiöstä, jossa hoitajalle ja asiakkaalle muodostuu samasta kohtaamisesta erilainen kokemus. Keskeisessä asemassa kohtaamistilanteessa on myös hoitajan ja asiakkaan tasavertaisuuden arvostaminen. (Heikkinen & Laine 1997, 136, 138, 143; Holmberg 2008a, 20; Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sanotaan, että potilasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan loukkaamatta ja arvostaen hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään (2:3 §). Sairaanhoidajien työskentely perustuu eettisiin ohjeisiin, jotka on laadittu Sairaanhoidajaliitossa (1996). Sairaanhoidajan tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ottaen huomioon hänen arvonsa, vakaumuksensa ja tapansa (Sairaanhoidajaliitto 1996).

Tässä opinnäytetyössä kuvaamme tavallisimpien mielenterveys- ja päihdehäiriöiden keskeisiä piirteitä sekä niistä kärsivien ihmisten kohtaamista. Tarkastelemme kohtaamista hoitajan näkökulmasta vuorovaikutustilanteessa. Vuorovaikutus on kahden tai useamman ihmisen välistä monimuotoista sosiaalista toimintaa, jolla vaikutetaan ajatuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen (Kauppila 2005, 19, 25; Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 12–13; Schwecke 1995, 87–88). Sen perusta on sanallisessa ja sanattomassa viestinnässä, jotka ovat yhteydessä toinen toisiinsa ja mahdollistavat ihmisten välisen kanssakäymisen (Kneisl 2004, 146; Silvennoinen 2004, 18, 21).

2.2 Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen hoitotyössä

Mielenterveys on olennainen osa terveyttä, sillä se luo perustan ihmisen hyvinvoinnille ja toimintakyvylle. Sitä pidetään positiivisena voimavarana, joka antaa edellytykset mahdollisimman tasapainoiseen, monipuoli-

seen ja merkitykselliseen elämään. (Iija 2009, 15; Heiskanen, Lyytikäinen, Aaltonen & Salonen 2003, 14; Mielenterveys 2007.) Mielenterveys ei ole pysyvä tila, sillä siihen vaikuttavat perimän ja varhaisen vuorovaikutuksen lisäksi myös elämän myönteiset ja kielteiset kokemukset, ihmissuhteet sekä elämäntilanteen kuormittavuus (Heiskanen ym. 2006, 17; Toivio & Nordling 2011, 84). Hyvän mielenterveyden perusta on ihmisen yksilöllisissä voimavaroissa, riittävässä ihmissuhdeverkostossa sekä kyvyssä kohdata vastoinikäymiä (Punkanen 2001, 11; Vuori-Kemilä ym. 2009, 10).

Mielenterveysongelmat vaarantavat ihmisen psyykkistä tasapainoa. Ne voivat hoitamattomina johtaa mielenterveyden häiriöihin, joiden oireet aiheuttavat psyykkistä kärsimystä ja vaikuttavat negatiivisesti arkipäivän toimintoihin. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveystyö käsittää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisen, parantamisen ja lievittämisen (1:1 §). Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa sanotaan, että mielenterveystyössä asiakkaalla on yhtäläiset oikeudet tasavertaisuuteen, yksilölliseen vapauteen, koskemattomuuteen ja sosiaaliturvaan muuhun väestöön verrattuna (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 33). Mielenterveyshäiriöitä on monenlaisia, ja ne luokitellaan oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Yleisiä mielenterveyden häiriöitä ovat depressio eli masennus, psykoosi, ahdistuneisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt. (Heiskanen ym. 2006, 114; Iija 2009, 16; Lönnqvist 2005.)

2.2.1 Masentunut asiakas

Masennus eli depressio määritellään lääketieteellisesti moniulotteiseksi psyykkiseksi häiriöksi, jonka kehittymiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Sen luokittelu on lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai psykoottiseksi perustuu oireiden lukumäärään, kestoon, laatuun ja vaikeusasteeseen. (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 8; Punkanen 2001, 117, 118.)

Masennusta esiintyy kaiken ikäisillä, eniten myöhäisen keski-ikäisen ikäryhmässä. Se ilmenee sekä psyykkisellä että fyysisellä tasolla. Psyykkisiä oireita voivat olla muun muassa mielialan lasku, väsymys, kyvyttömyys kokea mielenkiintoa ja mielihyvää, itsetunnon heikkeneminen ja toivottomuus. Sen sijaan päänsärky, lihasjännitys, vatsakivut, ruokahalun muutokset sekä fyysinen lamaantuminen tai kiihtyneisyys ovat esimerkkejä masennuksen fyysisistä oireista (Heiskanen ym. 2006, 133). Masennusta voidaan pitää Suomessa jopa kansantautina ja se vaikuttaa vaikeusasteestaan riippuen aina ihmisen kokemusmaailmaan ja toimintakykyyn. (Sievers 2008, 127, 128; Toivio & Nordling 2011, 104, 105; Vuori-Kemilä ym. 2009, 120.)

Masentuneen asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää asiakkaan kunnioittaminen, hoitajan osoittama mielenkiinto häntä kohtaan sekä halu ymmärtää hänen kärsimystään. Tämä yhdistettynä turvalliseen ilmapiiriin sekä hoitajan käytännönläheiseen ja tilanneherkkään suhtautumiseen tarjoaa asiakkaalle parhaimmat edellytykset ajatuksiensa ja tunteidensa ilmaisemiseen. Hoitajan tulee tunnistaa depressiivisen asiakkaan kohtaamisesta mahdolli-

sesti aiheutuvat kärsimättömyyden tunteet itsessään ja osattava käsitellä niitä (Punkanen 2001, 121). Hoitajat voivat kokea myös epävarmuutta ja pelkoa oman osaamisensa riittämättömyydestä. Depressiivisen asiakkaan kohtaaminen voi lisäksi aiheuttaa stressioireita hoitajilla, jotka itse kärsivät uupumuksesta ja masennuksesta. (Kokko 1999, 46, 93, 98, 103; Vuori-Kemilä ym. 2009, 121.)

2.2.2 Psykoottinen asiakas

Psykoosissa on tyypillistä tajunnantason hämärtyminen, erilaiset aistiharhat eli hallusinaatiot ja harhaluulot eli deluusiot. Hallusinaatiot ovat epärealistisia aistimuksia, sillä niillä ei ole vastaavaa ulkoista ärsykettä. Yleisimpiä aistiharhoja psykoosissa ovat kuuloharhat, sen jälkeen tulevat haju-, maku-, tunto- ja näköharhat. Harhaluulot puolestaan ovat ympäristön normeista poikkeavia ajatuksia tai käsityksiä. Ne koskevat tavallisimmin ihmistä itseään, muita ihmisiä tai erilaisia tapahtumia. Ihminen ei välttämättä erota harhoja ja todellisuutta toisistaan, jolloin hänen käyttäytymisensä nähdään epänormaalina. Psykoosi voi olla ohimenevä häiriö tai kestää jopa koko elämän sairauden laadusta riippuen. Yleisimpiä psykooseja ovat skitsofrenia, psykoottinen masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, harhaluuloisuushäiriöt ja päihdepsykoosi. (Cullberg 2005, 44–47, 52; Koivisto 2008, 170; Punkanen 2001, 104; Toivio & Nordling 2011, 119; Vuori-Kemilä ym. 2010, 123.) Näistä käsittelemme skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä.

Skitsofrenia sairautena tarkoittaa todellisuudentajun heikentymistä, persoonallisuuden hajoamista sekä ajattelun ja tunteiden säätelemisen vaikeutta. Se puhkeaa tavallisesti nuorella iällä joko yllättäen tai vähitellen. Skitsofrenia on usein pitkäkestoinen sairaus, jota voidaan tarkastella erilaisten oirejärjestelmien avulla. Positiivisiin oireisiin kuuluvat edellä mainitut poikkeukselliset ajattelun ja havaintokyvyn toiminnot eli aistiharhat ja harhaluulot. Sen sijaan negatiiviset oireet käsittävät skitsofrenialle tyypillisiä puutosoireita, joita ovat muun muassa apaattisuus, tunne-elämän köyhtyminen ja vetäytyminen sosiaalisista suhteista. Kognitiiviset oireet sisältävät ongelmien käsittelyn, tiedon luokittelun ja ongelmien ratkaisun vaikeudet. Useiden skitsofreniaa sairastavien ihmisten oireet ovat sekoitus useasta eri oirejärjestelmästä ja ne vaihtelevat elämänkaaren kuluessa. Skitsofrenia jaetaan tavallisesti kolmeen päämuotoon, jotka ovat katatoninen, paranoidinen ja hebefreeninen skitsofrenia. Katatonisessa skitsofreniassa on tyypillistä psykomotoriset katatoniset oireet, paranoidisen muodon keskeisin piirre puolestaan on vainoharhaisuus ja hebefreeniseen eli hajanaiseen skitsofreniaan liittyy erittäin voimakkaat hallusinaatiot ja deluusiot. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 1999, 50; Isohanni & Joukamaa 2008, 42–44, 46; Keltner 1995, 355, 359, 360; Trigoboff 2004, 306–308, 310; Vuori-Kemilä ym. 2012, 125, 126.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö on vakava ja elinikäinen sairaus, jonka syntyy ajoittuu tavallisimmin nuoruusikään tai varhaiseen aikuisikään. Siinä ihmisen mieliala, käyttäytyminen ja ajattelu vaihtelevat maanisten ja depressiivisten jaksojen mukaan. Maniajaksolle on tyypillistä energisyyden ja aktiivisuuden lisääntyminen, ajatustoiminnan kiihtymi-

nen, unen tarpeen väheneminen, vuolaspuheisuus, suuruuskuvitelmat omista kyvyistä sekä mielihyvätarpeiden tyydytykseen liittyvä impulsiivisuus ja estottomuus. Maniavaiheiden esiintyminen ei ole yhtä yleistä kuin depressiivisten eli masennusjaksojen, jotka ovat oireiltaan verrattavissa tavanomaisiin masennustiloihin. Psykoottiset oireet, kuten aistiharhat ja harhaluulot, ovat tavallisia molemmissa jaksoissa. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä voi lisäksi esiintyä hypomaanisia ja sekamuotoisia jaksoja. Hypomaniassa on samoja oireita kuin maniassa, mutta ne ovat lievempiä. Sekamuotoisessa jaksossa puolestaan on sekä manian että depression oireita, jotka voivat esiintyä joko samanaikaisesti tai nopeasti oirekuvasta toiseen vaihdellen. Bipolaarihäiriön sairausjaksot ilmenevät yleensä yhä tiheämmin sairauden edetessä, mutta niiden välillä ihminen on useimmiten oireeton. (Burton 2010, 78, 79, 97–99; Heiskanen ym. 2006, 143–145; Sievers 2008, 136–140.)

Psykoottinen asiakas tarvitsee tukea ja ymmärrystä omalle sairaudelleen, kokemuksilleen ja käyttäytymiselleen. Hoitajan on ensisijaisen tärkeää tunnistaa psykoottisuus, jotta hän voi kohdata asiakkaan realistisesti ilman tuomitsemista. Psykoosia sairastavan asiakkaan poikkeavat ajatukset ja käyttäytyminen tulee kuitenkin kyseenalaistaa, mutta arvostavalla tavalla. Turvallisuuden tunteen luominen, luottamuksen osoittaminen ja kunnioituksen viestittäminen ovat hoitajan keinoja suojata psykoottista asiakasta haavoittuvuudelta. Merkityksellistä kohtaamistilanteessa on myös hoitoympäristön ilmapiiri, kiireettömyys sekä hoitajan tietoisuus omasta roolistaan. (Cullberg 2005, 292; Hentinen 2009, 40, 45, 47–49; Koivisto 2003, 57, 58; Punkanen 2001, 107, 108.)

2.2.3 Ahdistuneisuushäiriötä sairastava asiakas

Ahdistuneisuushäiriöissä esiintyy voimakasta ja normaalia toimintakykyä rajoittavaa ahdistuneisuutta, hermostuneisuutta ja huolestuneisuutta sekä tuskasta oloa, syyllisyyden tunnetta, keskittymiskyvyn puutetta ja pelkoa. Yleensä oireet ovat myös fysiologisia, kuten sydämen tykytystä, rintakipua, hengenahdistusta, hikoilua, vapinaa ja huimausta. Ahdistuneisuushäiriöt alkavat yleensä lapsuus- tai nuoruusiässä. Ne ovat pitkäaikaisia ja usein taipuvaisia pahenemaan. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat paniikkihäiriö, erilaiset fobiat eli pelot, pakko-oireinen häiriö eli pakkoneuroottisuus ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavan oireisiin ja kokemuksiin tulee suhtautua vakavasti. Vuorovaikutuksen ymmärtävä, tukeva ja motivoiva työote auttaa asiakasta jäsentämään omaa elämäänsä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 137, 138, 141–143; Heiskanen ym. 2006, 117; Lepola, Koponen & Leinonen 1998, 14.)

Paniikkihäiriölle eli kohtauksittaiselle ahdistukselle on ominaista toistuvat ja voimakkaat ahdistuskohtaukset, jotka alkavat äkillisesti saavuttaen huippunsa muutamassa minuutissa. Niille on tyypillistä fysiologisten oireiden lisäksi pelko kontrollin menettämisestä ja kuolemasta. Kohtaukset alkavat tavallisesti ajasta ja paikasta riippumatta ilman ennakkoaroitusta. Ne voivat liittyä myös johonkin tiettyyn tilanteeseen, kuten julkisilla liikennevälineillä matkustamiseen tai väentungokseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 139; Lepola, Koponen & Leinonen 2008, 84–86.) Fobia tarkoiti-

taa epänormaalia pelkoa, joka on tilanteeseen nähden kohtuuttoman voimakasta. Yleisimmät fobiat ovat sosiaalinen fobia eli sosiaalisten tilanteiden pelko ja agorafobia eli julkisten paikkojen pelko. Määräkohteisilla peiloilla tarkoitetaan jonkin asian, esineen tai tilanteen pelkäämistä. Pelon kohteita voivat olla esimerkiksi eläimet, korkeat paikat ja suljetut tilat. (Heiskanen ym. 2006, 119, 120; Hellström & Hanell 2003, 13, 14; Hietaharju & Nuuttila 2010, 37, 38; Isometsä 1999, 175, 177.)

Pakko-oireiselle häiriölle on tunnusomaista pakonomaiset ajatukset ja toiminnot. Yleisimpiä pakkotoimintoja ovat liiallinen peseytymis- ja tarkistamispakko sekä symmetriatarve. Pakkoajatuksista tavallisimpia sen sijaan ovat muun muassa kohtuuton täsmällisyyden tavoittelu, vahingoittamisen pelko ja fyysiseen terveyteen liittyvä kohtuuton huoli. Pakko-oireista häiriötä sairastava ihminen ei pysty hallitsemaan ajatuksia ja toimintoja, vaikka usein ymmärtääkin niiden olevan järjettömiä. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä ahdistuneisuus, huolestuneisuus ja jännittyneisyys on jatkuvaa ja poikkeuksellisen korostunutta arkipäivän tapahtumiin nähden. Siihen liittyy yleensä huonoa itsetuntoa, perusturvallisuuden puutetta, eroahdistusta tai riippuvuus- ja aggressio-ongelmia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 140–142; Heiskanen ym. 2006, 121–123; Peurifoy 2007, 23.)

2.2.4 Persoonallisuushäiriötä sairastava asiakas

Persoonallisuushäiriöt ovat kehityksellisiä, pitkäaikaisia ja joustamattomia käyttäytymismalleja, jotka ilmenevät haitallisina ihmisen toimintakyvyn ja vuorovaikutussuhteiden kannalta. Ne diagnosoidaan useimmiten varhaisaikuisuuteen mennessä. Asioiden havaitsemiseen, tulkitsemiseen ja niihin suhtautumiseen sekä tunne-elämään ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvä käyttäytyminen poikkeaa merkittävästi kulttuurin sisäisistä normeista. Persoonallisuushäiriötä sairastava ihminen ei kuitenkaan itse koe oireitaan epänormaaleina vaan pitää niitä hyväksyttävinä luonteenpiirteinä. (Holmberg 2008a, 155, 157; Joukamaa & Lepola 2008, 109.)

Persoonallisuushäiriöt luokitellaan kansainvälisen International Classifications of Diseases-10 (ICD-10) -tautiluokituksen mukaan kymmeneen pääluokkaan, jotka ovat epäluuloinen, eristäytyvä, epäsosiaalinen, tunne-elämältään epävakaa, huomionhakuinen, vaativa, estynyt ja riippuvainen persoonallisuus. Lisäksi erotellaan muut määritellyt sekä sekamuotoiset persoonallisuushäiriöt, joista jälkimmäisessä on useiden persoonallisuushäiriöiden piirteitä. Persoonallisuushäiriöiseen asiakkaaseen tulee suhtautua neutraalisti suuria tunnereaktioita välttämällä, sillä hän tarvitsee realistista kohtaamista. (Holmberg 2008a, 154, 155, 165.)

2.3 Päihdeasiakkaan kohtaaminen hoitotyössä

Päihteellä tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavaa kemiallista ainetta, aineyhdistettä tai luonnontuotetta, joka päihdyttää, piristää tai aiheuttaa humalatilaa. Päihteet voidaan jakaa huumausaineisiin ja muihin päihteisiin. Huumausaineita ovat kannabis, hallusinogeenit, keskushermostoa la-

maavat ja sitä kiihottavat aineet. Myös jotkut lääkkeet, kuten neuroosi- ja unilääkkeet sekä sienet, luokitellaan huumausaineiksi. Edellä mainitut päihteet ovat laittomia lukuunottamatta lääkkeitä, jotka lääkäri on terveydenhuollossa määrännyt. Muita päihteitä ovat impattavat aineet, yrttihiuumeet sekä niin kutsutut sosiaaliset päihteet; alkoholi, tupakka, nuuska, kahvi, tee sekä cola- ja energiajuomat. Näistä laillisia ovat ainoastaan sosiaaliset päihteet. Päihteitä on mahdollista käyttää monin eri tavoin: suun kautta otettuna, nuuskaamalla, lihaksen- tai suonensisäisesti ja imppaamalla. (Dahl & Hirschovits 2007, 5, 82; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 173, 174; Hietaharju & Nuuttila 2010, 67; Vuori-Kemilä ym. 2010, 34.)

Päihderiippuvuus on krooninen ja relapsoiva sairaus, joka tarkoittaa riippuvuuden herkkää toistumista jo toipumisen alettua. Sen syntyyn ja kehittymiseen vaikuttavat päihdyttävän aineen aikaansaamat fysiologiset ja neurobiologiset muutokset elimistössä. Näiden lisäksi myös perimällä, varhaislapsuuden kokemuksilla, päihteenkäyttäjän yksilöllisillä fyysisillä ominaisuuksilla, persoonallisuudella, psyykkisellä tasapainolla sekä yhteisöllisillä ja kulttuurisidonnaisilla tekijöillä on merkittävä rooli. Päihderiippuvuus voi näyttäytyä fyysisin, psyykkisin ja sosiaalisin oirein, jotka esiintyvät joko yhdessä tai erikseen. Psyykkinen riippuvuus ilmenee päihteiden kontrolloimattomina käyttöhaluina ja -himoina, joissa ihmisen ajattelua ohjaa pakonomainen tarve saada päihdyttävää ainetta jatkuvasti tai ajoittain. Fyysisessä riippuvuudessa elimistö kehittää vierasta kemiallista ainetta kohtaan toleranssin eli sietokyvyn, joka syntyy toistuvan pitkäaikaisen käytön seurauksena. Toleranssille tunnusomaista on aineen päihdyttävän vaikutuksen asteittainen väheneminen sekä käytön äkillisestä lopettamisesta syntyvät vieroitusoireet. Sosiaalista riippuvuutta puolestaan tarkastellaan päihteiden käytön aikaansaamien vuorovaikutussuhteiden muutoksien kautta. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 42, 43; Hirschovits 2008, 30, 32, 33; Hussein Rassool 2009, 9, 35, 51.)

Kohdatessaan päihteenkäyttäjän hoitajan tulisi suhtautua häneen myönteisesti, kunnioittavasti, hyväksyvästi ja myötäelävästi. Päihdeongelmasta tai elämänhallinnan vaikeudesta huolimatta asiakasta on kohdeltava arvokkaana ihmisenä ja vastuullisena aikuisena (Mattila 2008, 60). Tällainen kohtaaminen mahdollistuu, mikäli hoitaja suhtautuu asiakkaaseen toisaalta tasavertaisesti ja toisaalta myös yksilöllisesti. Ammatillista kohtaamista edesauttaa lisäksi se, että hoitaja tietää riippuvuuden ja vieroitusoireen käsitteiden merkitykset sekä kykenee omien tunnetilojensa ja reaktioidensa tunnistamiseen päihdehoitotyön tilanteissa. Päihtyneen asiakkaan kohtaamisen kulmakiviä ovatkin asenne, ajantasainen tieto ja päihdetyön osaaminen, joiden hallinta näyttäytyy hoitajan toiminnassa hoito- ja vuorovaikutustilanteissa. Jotta asiakkaan luottamus hoitajaan vahvistuisi, on hoitajan toimittava rauhallisella, määrätietoisella ja eettisellä tavalla. (Havio ym. 2008, 24, 203; Kallio 2009, 32.)

2.4 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen hoitotyössä

Kaksoisdiagnoosiasiakkaalla tarkoitetaan päihderiippuvaista henkilöä, jolla on yksi tai useampi vakava mielenterveydenhäiriö tai päinvastoin. Hoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna käsite ei riitä kuvaamaan monisyistä

ilmiötä, koska tämän asiakasryhmän ongelmat ovat monimuotoisia ja osittain päällekkäisiä. Hoitotyössä puhutaankin mieluummin mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyydestä, joka yhdysvaltalaisen ECA-tutkimuksen mukaan ilmenee siten, että hiukan yli viidenneksellä väestöstä on elämänsä aikana jokin mielenterveydenhäiriö, kun taas alkoholihäiriötä sairastavilla osuus on 37 % ja huumehäiriöstä kärsivillä 53 %. (Aalto 2007b; Holmberg 2008a, 12; Holmberg 2008b, 200.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ryhmä koostuu usein nuorista tai keski-ikästä ylittäneistä naimattomista miehistä, joista osalla on puutteelliset asuinolosuhteet. Heidän on hankala muodostaa tasapainoisia vuorovaikutussuhteita muihin ihmisiin. Koulutus- ja työhistoria on jäänyt usein kesken tai se puuttuu kokonaan, mikä näkyy heidän taloudellisessa tilanteessaan negatiivisesti. Naiset sen sijaan eivät hakeudu hoitoon yhtä usein kuin miehet. He ovat lisäksi hoitoon tullessaan tavallisesti huonokuntoisempia. Naisten hoitoon tulon on melko usein liitoksissa jokin elämäntilanteen muutos, kuten raskaus tai lasten huostaanotto. (Holmberg 2008a, 16.) Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikaisen esiintymisen tunnistaminen on tärkeää, jotta ongelmiin voidaan puuttua ajoissa. Tämän asiakasryhmän kohtaamisessa nousevat esiin neutraalisuus, yksilöllisyys, turvallisuus ja kärsivällisyys. Aito läsnäolo, kuuleminen ja avoin vuorovaikutus mahdollistavat motivaation kasvun asiakkaassa. (Holmberg 2008a, 16, 20, 22.) Asiakkaiden kohtaamista helpottaa neutraali ja selkeästi jäsennelty hoitomalli (Holmberg 2008b, 202).

2.5 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, jolla autetaan erilaisten hoito- ja huolenpitotyön keinoin eri-ikäisiä toimintakyvyn tilapäisestä tai pysyvästä heikkenemisestä kärsiviä ihmisiä. Kotihoito tarjoaa sellaista hoitoa, jossa asiakas on suurimman osan vuorokaudesta omassa kodissaan erilaisten palvelujen piirissä (Niinistö, Salmiinen & Karjalainen 1997, 23). Haasteita kotihoidon työhön tuovat suurenevat asiakasmäärät, uudet asiakasryhmät, asiakkaiden hoidon tarpeen lisääntyminen ja heidän odotuksensa palvelusta. Kotihoidon kehityksessä panostetaan jatkuvasti työn sisältöön, yhteistyöhön ja verkostoitumiseen. (Ikonen & Julkunen 2007, 14, 39.)

Kunnan on mahdollista yhdistää sosiaalihuoltolakiin (1982/710) perustuva kotipalvelu ja kansanterveyslakiin (1972/66) kuuluva kotisairaanhoito kotihoidoksi, jos kunta itse tuottaa kyseiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa korostetaan kuntouttavaa työtettä. Se tarkoittaa, että asiakasta rohkaistaan ja tuetaan käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan, jotta asuminen omassa kodissa mahdollistuisi. Kotihoidon työn lähtökohtana voidaankin pitää asiakkaan oman suoriutuvuuden ja itsenäisyyden lisäämistä ja ylläpitoa (Niinistö ym. 1997, 14). Kotipalvelun tarkoituksena on tukea ja auttaa asiakasta kotona sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi (Ikonen & Julkunen 2007, 14). Kotipalvelussa työskentelevät henkilöt ovat usein ammatiltaan kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Kotisairaanhoito puolestaan toteuttaa asiakkaan kotona lääkärin määräyksiä, joita voivat olla näytteiden

otto, lääkkeiden valvonta ja asiakkaan voinnin seuranta. Työntekijät ovat usein sairaanhoitajia. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä n.d.; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 27.)

Julkisten kotihoitopalvelujen juuret ovat lähtöisin 1800-luvulta. Vuosisadan alun ikäihmisten palveluja kutsuttiin vaivaishuolloksi, joka oli uskonnollisuuteen ja armeliaisuuteen perustuvaa holhousa. 1860-luvulla Suomeen perustettiin neljä diakonissalaitosta, joissa koulutettiin diakonissoja hoitamaan sairaita heidän omissa kodeissaan. Vaivaishuollon tilalle tuli 1880-luvun lopulla köyhäinhuolto, jossa varattomilla oli mahdollisuus kunnalliseen kotiapuun. 1920-luvulla kotisairaanhoitoa harjoittivat kiertävät terveyssisaret, kun taas kodinhoitajien toimenkuvaan kuuluivat perheeseen ja kodinhoitoon liittyvät tehtävät. Kunnallisen kodinhoitoavun lain (1966) myötä kotiaavusta tuli maksullista ja kodinhoitajien rinnalle palkattiin kotiaavustajia. (Ikonen & Julkunen 2007, 32–36.)

Kotipalvelutyö kehittyi voimakkaasti 1970- ja 1980-luvuilla sosiaalihuoltolain uudistuksen (1984) ja avohuollon ensisijaisuuden ansiosta, mikä näkyi kodinhoitajien virkojen ja toimien perustamisena kuntiin. Kotisairaanhoito aloitti toimintansa vuonna 1972 kansanterveyslain säätämisen jälkeen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välinen yhteistyö toimi erillisissä organisaatioissa, mutta kuitenkin samoja asiakkaita hoitaen. 1990-luvun loppupuolella avohuoltoa ryhdyttiin kehittämään kotihoidoksi valtionosuusuudistuksen (1993) ja kuntalain uudistuksen (1995) myötä. Huomattava uudistus oli se, että säännöllistä palvelua tarvitsevan asiakkaan kanssa tehdään yhdessä hänen tarpeitaan noudatteleva palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 9, 10; Ikonen & Julkunen 2007, 36–38.)

3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET JA HANKKEET AIHEESTA

Salla Simpura (2011) käsittelee opinnäytetyössään mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamista päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää siten, että aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin sisällön analyysillä. Tuloksien mukaan sairaanhoitajat kuvasivat kohtaavansa mielenterveyspotilaat pääosin neutraalein ja tasa-arvoisin tuntein kun taas päihdepotilaiden kohtaaminen koettiin negatiivisempänä. Erityisesti katkaisuhoidopotilaat sekä muut aikaa vievät päihdepotilaat aiheuttivat sairaanhoitajissa turhautumista ja pessimistisiä tunteita. Osa sairaanhoitajista koki myös ennakkolasenteiden mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan vaikuttavan kohtamistilanteissa. Lisää haasteita kohtamiselle asettivat tunne oman osaamisen riittämättömydestä, kommunikoinnin vaikeus potilaiden kanssa, kiire sekä jatkohoitopaikan järjestämisen vaikeus. Voimavaroiksi kohtamistilanteissa sairaanhoitajat nimesivät omat vuorovaikutustaitonsa ja sellaisen työympäristön, jossa on saatavilla apuvoimia ja teknisiä apuvälineitä. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että lisäkoulutus ja jatkohoidon kehittämisen edistäisivät mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamista.

Piia Lahtinen ja Senja Lalla (2011) ovat tehneet opinnäytetyön aiheesta päihdeitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä hoitohenkilökun-

nan näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla ja analysoitiin määrällisellä ja laadullisella sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan henkilökunta asennoitui päihteitä käyttäviin potilaisiin ammatillisesti ja kohteli heitä samoin kuin muitakin potilaita. Kyseinen asiakasryhmä koettiin kuitenkin vaativaksi. Lisäksi työntekijässä saattoi herätä turhautumisen kokemuksia siitä, että hoidon vaikuttavuus oli välillä minimaalista. Myös potilaiden aggressiivinen käyttäytyminen työntekijää kohtaan vaikutti negatiivisesti hoitomotivaatioon. Lähes kaikki työntekijät kertoivat puuttuvansa potilaan päihteiden käyttöön jollakin tapaa, mutta näiden keinojen käyttö ja tiedostaminen oli vajavaista.

Marjo Taittosen (2011) pro gradu-tutkielma tarkastelee päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaamista kotihoidossa. Tutkimuksessa selvitetään, miten kotihoidon työntekijät käsittävät oman roolinsa kohtaamistilanteissa, kuinka he tulkitsevat kotihoidon asiakkaiden alkoholinkäyttöä sekä millaisia eettisiä ongelmia siihen liittyy. Ryhmähaastatteluilla kerätty tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä fenomenologishermeneuttista lähestymistapaa käyttäen. Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokevat olevansa päihteitä käyttävän ikäihmisen viimeinen apu, vaikka heillä ei ole tarpeeksi keinoja, osaamista ja resursseja auttamiseen. Heidän mielestään muiden tahojen, kuten viranomaisten ja omaisten, toiminta asiakkaiden hyväksi tuntuu välinpitämättömältä. Työntekijät tunnistavat asiakkaiden alkoholinkäytössä kolme eri tyyppiä, jotka ovat salaa juovat, kohtuudella juovat sekä runsaasti alkoholia käyttävät asiakkaat. Näistä jälkimmäinen ryhmä on työntekijöille vaikein kohdattava, sillä vahvasti päihtyneinä asiakkaat saattavat käyttäytyä arvaamattomasti ja aggressiivisesti. Tutkimuksessa esiin nousseet eettiset ongelmat liittyvät asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja kodin kunnioittamiseen. Työntekijät pohtivat sitä, että turvaako heidän huolenpitonsa asiakkaista näiden kotona asumisen vai mahdollistaako se alkoholinkäytön jatkumisen.

Sininauhaliiton Liika on aina liikaa-ikäntyminen ja alkoholi -hankkeessa on tehty vuonna 2006 pääkaupunkiseudun kotihoitoon kysely, jossa on selvitetty henkilöstön valmiuksia kohdata alkoholia käyttävät ikääntyneet asiakkaat. Kyselyihin vastattiin tiimeittäin. Avovastauksista tuli esiin puhetapoja, joiden perusteella oli erotettavissa seuraavat näkökulmat kohdata alkoholia käyttävä asiakas: ulkopuolisesti, myötäilevästi, tilanneherkästi, realistisesti ja kokonaisvaltaisesti kohtaava. Ulkopuolisesti kohtaavassa puhettavassa asiakas koetaan ongelmaksi alkoholinkäyttönsä ja häiritsevän käyttäytymisensä vuoksi. Myötäilevässä näkökulmassa korostuu työn kuormittavuutta painottava puhe, jossa mainitaan humalaisen asiakkaan vievän paljon resursseja. Lisäksi joidenkin asiakkaiden kohdalla ajatellaan, että on parempi olla puuttumatta heidän alkoholin käyttöönsä. Tilanneherkässä näkökulmassa esiin nousevat toivottomuus ja turvattomuus sekä työntekijän kokemus omasta riittämättömyydestään. Realistisessa suhtautumistavassa sen sijaan myönnetään tosiasiat asiakkaan alkoholinkäytöstä, mutta samalla tiedostetaan myös asiakkaan itsemääräämisoikeus. Kyseisessä suhtautumistavassa saattaa esiintyä myös epätietoisuutta siitä, miten pitäisi toimia tulevaisuudessa. Kokonaisvaltaisessa näkökulmassa pyritään näkemään tehdyn työn vaikuttavuus pidemmällä aikavälillä; asi-

akkaan sairaalakierre voidaan ehkäistä ja työntekijöiden työn rasittavuutta keventää. (Laapio 2007, 48–54.)

Välittäjä 2009 -hanke on Väli-Suomen alueella vuosina 2009–2011 toteutettu mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke. Se on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa ja sen toiminta perustuu Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan sekä Kaste-ohjelman ja Välittäjä-hankkeen tavoitteisiin (Kettunen 2011, 3; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma n.d.). Välittäjä 2009 -hankkeeseen osallistuivat Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit, Tampereen ja Lahden kaupungit sekä Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä. Hämeen osahankkeessa suoritettiin useita päihde- ja mielenterveystyön kehittämisprosesseja Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen seuduilla, joista osa sijoittui kotihoitoon. Tavoitteena oli kehittää kotihoidon ja päihde- ja mielenterveystoimijoiden toimintaa yhteneväisemmäksi. Kotihoidon päihde- ja mielenterveysosaamisen lisäämiseksi muodostettiin seudulliset pienryhmät: Hämeenlinnaan neljä, Riihimäelle kaksi sekä Forssan seudulle ja Janakkala-Hattulaan yksi ryhmä. Yhteensä ryhmiin osallistui 101 kotihoidon työntekijää. Palautteen mukaan ryhmät koettiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen osaamista kehittävinä, asenteisiin ja ajatteluun vaikuttavina sekä rohkeutta ja tiimityötä lisäävinä. Hämeenlinnan pienryhmissä työskentelyä jatkettiin ja niiden sisältö määritettiin saadun palautteen perusteella. (Heinonen ym. 2011; Välittäjä 2009 -hankkeen loppuraportti n.d., 2.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista kotihoidossa. Tavoitteena on selvittää, miten kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sekä mitä vahvuuksia ja mahdollisia kehittämisen kohteita heillä on kohtaamistilanteeseen liittyen. Opinnäytetyön ongelma pyritään selvittämään kolmen tutkimuskysymyksen avulla, joista ensimmäinen sisältää alakysymyksiä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan?

Alakysymykset

1. Miten usein kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan?
2. Miten kotihoidon sairaanhoitajat mieltävät mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen?
3. Miten paljon kotihoidon sairaanhoitajilla on tietotaitoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta?

2. Mitä vahvuuksia kotihoidon sairaanhoitajilla on liittyen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen?
3. Mitä mahdollisia kehittämisen kohteita kotihoidon sairaanhoitajilla on liittyen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen. Sen käyttäminen vaatii ilmiöön vaikuttavien tekijöiden tuntemista (Kananen 2011, 12). Opinnäytetyömme aiheena on mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Ilmiön tekijöitä ovat mielenterveys- ja päihdehäiriöt sekä niistä kärsivien asiakkaiden kohtaaminen hoitotyössä. Hoitotyö toteutetaan kotihoidon palvelujen piirissä. Aiheesta löytyy aiemmin tutkittua tietoa perustuen erilaisiin tutkimuksiin ja hankkeisiin, joita olemme voineet hyödyntää opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä kootessamme.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkittava ilmiö on määriteltävä siten, että sitä on mahdollista mitata kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmien, kysymysten, avulla. Kvantitatiivinen tutkimus koostuu lähinnä muuttujien mittaamisesta, niiden suhteiden välisten vuorovaikutusten laskemisesta ja tekijöiden esiintymisen määrällisestä laskemisesta. Kyseisessä tutkimusmenetelmässä painotetaan tiedon perusteluja, luotettavuutta, objektiivisuutta ja yksiselitteisyyttä. Tavoitteena on saavuttaa yleispätevää ja perusteltua tietoa. (Kananen 2011, 12, 18; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 46.)

Tutkimuksen perustana on ongelma, josta johdetaan yksi tai useampia tutkimuskysymyksiä. Niiden lisäksi tarvitaan tarkempia apukysymyksiä, joiden avulla hankitaan tietoa varsinaisten tutkimuskysymysten tueksi. Kun on määriteltä tarvittava tieto ongelman ratkaisemiseksi, on selvitettävä, mistä ja miten tietoa hankitaan. (Kananen 2011, 21, 26.) Opinnäytetyömme ongelma jakautuu kolmeen tutkimuskysymykseen, joihin pyrimme saamaan vastauksen kotihoidon sairaanhoitajille lähetettävän kyselylomakkeen avulla. Määrittelimme teoreettiseen viitekehykseen tarvittavan tiedon ja suunnittelimme hakustrategian siihen perustuen.

Laadimme teoreettisen viitekehyksemme käyttäen sekä manuaalista että sähköistä tiedonhakumenetelmää. Manuaalisessa tiedonhaussa tarkastelimme muun muassa teoreettisessa viitekehyksessä mainitsemiamme opinnäytetöiden ja pro gradun lähdeluetteloita. Osa kyseisistä lähteistä soveltui käytettäväksi myös meidän opinnäytetyömme teoreettiseen viitekehykseen. Sähköisessä tiedonhakumenetelmässä käytimme tietokantana lähinnä Mediciä, mutta jonkin verran myös Cinahlia, Lindaa ja Theseusta. Hakusanat olivat seuraavat: mielenterveys, päihde, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö, kohtaaminen, vuorovaikutus, hoitotyö, hoitaja, sairaanhoitaja

ja kotihoito. Jotta saimme mahdollisimman laadukkaita hakutuloksia, oli meidän tarvittaessa rajattava hakusanojemme määrää ja muotoiltava niitä uudelleen.

Tutkimusprosessia voidaan tarkastella käsitteellisen ja empiirisen vaiheen kautta. Käsitteellisessä vaiheessa valitaan ja rajataan tutkimusaihe sekä perehdytään kirjallisuuteen ja kontekstiin. Lisäksi kyseiseen vaiheeseen kuuluu teoreettisen taustan koonti ja tutkimusasetelman määrittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 64.) Opinnäytetyömme käsitteellisessä vaiheessa valitsimme työn aiheen ja rajasimme sen koskemaan mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamista vuorovaikutuksena kotihoidon ympäristössä. Kiinnostuksemme ohjasi meitä valitsemaan kohderyhmäksi kotihoidon työntekijöistä vain sairaanhoitajat, sillä heiltä saadun aineiston tuloksia voimme tulevana hoitotyön ammattilaisina mahdollisesti hyödyntää kohdatessamme mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavia asiakkaita. Empiirinen vaihe koostuu aineiston keruusta, analysoinnista sekä tulosten tulkinnasta ja raportoinnista, jotka olemme eritelleet tarkemmin tulevissa kappaleissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 64).

5.2 Aineiston kerääminen

Kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruun ensimmäinen vaihe on populaation eli kohderyhmän määrittely. Se vastaa kysymykseen, ketä tutkitaan. Keräämme opinnäytetyömme aineiston Hämeenlinnan kotihoidon kaikilta 45 sairaanhoitajalta. Kun jokainen kohderyhmän yksikkö mitataan, on kyse kokonaistutkimuksesta. (Ernvall, Ernvall & Kaukkila 2002; Kananen 2011, 65.) Koska opinnäytetyömme kohderyhmän koko on suhteellisen pieni, emme rajaa sitä pienemmäksi. Näin pyrimme osaltaan maksimoimaan vastausprosentin.

Toteutamme opinnäytetyömme kyselytutkimuksen Webropol-ohjelmalla, joka on maailmanlaajuisesti sekä julkisella että yksityisellä sektorilla käytetty sovellus (Webropol n.d.). Kysely on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä, jossa on merkityksellistä standardointi eli vakiointi. Siinä kaikilta vastaajilta kysytään täsmälleen samalla tavalla tietyt asiat. Kyselylomaketta käytetään aineiston keräämiseen silloin, kun tutkitaan henkilön mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia tai käyttäytymistä. Huolellisesti suunniteltuna kyselylomake houkuttelee tutkittavaa henkilöä vastaamaan ja helpottaa myös aineiston tallennusta. Lisäksi kyselymenetelmä säästää tutkijan aikaa ja työtä. Kyselytutkimuksen haittapuolina voidaan pitää epä-tietoisuutta siitä, miten vakavasti vastaajat ovat asennoituneet tutkimukseen ja kuinka onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat tutkittavien näkökulmasta tarkasteltuina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193, 195; Kananen 2011, 44; Sullivan-Bolyai & Bova 2010, 275; Vilkkä 2007a, 28.)

Määrällisessä tutkimuksessa tiedot on mahdollista kerätä avoimilla tai strukturoiduilla kysymyksillä. Avoimet kysymykset voivat olla sekä kokonaan avoimia että rajattuja. Sen sijaan strukturoiduissa kysymyksissä, joita ovat vaihtoehtokysymykset ja erilaiset asteikkokysymykset, vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi suunniteltuja. (Heikkilä 2008, 50; Kananen

2011, 30, 31; Vilkkä 2007a, 14.) Opinnäytetyömme kyselyssä on 32 strukturoitua kysymystä, jotka sisältävät monivalintavaihtoehtoja. Tutkittavien näkökulmasta niihin on helppo vastata ja tutkijoiden kannalta vastausten vertailu ja analysointi on sujuvaa. Kyselylomakkeessa on muun muassa viisiportainen kysymystyyppi, jota kutsutaan Likertin asteikoksi. Se on yksi yleisimmin käytetyistä asenneasteikoista. Tällainen samaa mieltä/eri mieltä -väittämiä sisältävä kysymys sisältää kuitenkin usein vastaustaipumuksen, jonka vuoksi kyselylomakkeessa on myös muita mittareita. Näin kyselyyn vastaaminen on tutkittaville mielekkäämpää. (Heikkilä 2008, 51, 53; Hirsjärvi ym. 2009, 200, 201, 203.)

Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu perustuen kirjallisuuteen ja aiemmin tehtyihin tutkimuksiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Vastauksen siihen, miten sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan, antavat kyselylomakkeen kysymykset 6, 7, 8, 9, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26 ja 27. Sairaanhoitajien vahvuudet mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa pyrimme saamaan selville 14., 23. ja 32. kysymyksien ja kehittämisen kohteet puolestaan 10., 11., 12., 13., 19., 20., 21., 22., 28., 29., 30. ja 31. kysymyksien avulla. Kyselylomake on jaettu neljään osioon, jotka ovat taustatiedot, mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen, päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen ja sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen. Näistä kolme viimeistä sisältävät samat kysymykset, jotta voimme aineistoa analysoidessamme tehdä mahdollisesti vertailua näiden asiakasryhmien kohtaamisen välillä. Tällaista tieteellistä vertailua voidaan tehdä sekä oman tutkimusaineiston osien välillä että ilmiöstä aiemmin tutkittuun tietoon (Vilkkä 2007b, 87).

5.3 Aineiston analysointi

Määrällisen opinnäytetyön analyysimenetelmä valitaan siten, että se kertoo olennaisimman asian tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmä analysointiin määräytyy tutkittavien muuttujien lukumäärän ja niiden mahdollisten riippuvuussuhteiden mukaan. Mikäli tutkitaan yhtä muuttujaa, voidaan tulokset havainnollistaa käyttäen sijainti- tai hajontalukuja. Keskiarvo ja moodi ovat yleisimmät sijaintiluvut, jotka kertovat suurimman muuttujan arvon. Opinnäytetyömme aineiston analysoinnissa käytämme vain sijaintilukuja. Kun tutkittavia muuttujia sen sijaan on kaksi, voidaan niiden välistä suhdetta tarkastella muun muassa ristiintaulukoinnin avulla. (Vilkkä 2007a, 119, 121.)

Analysoimme opinnäytetyön aineiston käyttäen Webropol-ohjelmaa, jonka avulla on kyselyiden luomisen ja analysoinnin lisäksi mahdollista muun muassa kerätä ilmoittautumisia ja palautteita. Webropolin analysointiominaisuudet kattavat saadun aineiston esittämisen lukumäärinä, prosentteina, keskiarvoina, taulukoina ja erilaisina graafisina esityksinä. Tulokset voidaan muuttaa esimerkiksi pylväs-, piirakka-, viiva- ja verkkokuvaajien muotoon, joko kaksi- tai kolmiulotteisesti. Tällainen tulosten visuaalinen havainnollistaminen on tyypillistä määrällisessä tutkimusmenetelmässä (Vilkkä 2007b, 107; Webropol n.d.)

Webropol sisältää myös mahdollisuuden ristiintaulukointiin, jossa kahdesta valitusta muuttujasta tehdään taulukko. Siinä toinen muuttujista sijoittuu sarakkeille ja toinen riveille. Ristiintaulukon ruuduissa ilmaistaan halutun tekijän lukumäärä aineistossa. Nämä taulukot voidaan Webropolin avulla muuttaa myös graafisiksi esityksiksi. Sen lisäksi opinnäytetyön aineisto voidaan helposti siirtää muun muassa Word-, Excel- ja Powerpoint-ohjelmiin, jotka kuuluvat Microsoft Officen ohjelmistopakettiin. Niitä voidaan käyttää analysoinnin apuna. (Heikkilä 2008, 210; Office n.d.; Webropol n.d.)

6 TULOKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sekä mitä vahvuuksia ja mahdollisia kehittämisen kohteita heillä on kohtamistilanteeseen liittyen. Keräsimme opinnäytetyömme aineiston kyselylomakkeella Webropol-ohjelman avulla. Lähetimme sähköpostitse Hämeenlinnan kotihoidon 45 sairaanhoitajalle saatekirjeen ja linkin kyselyyn. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa aikavälillä 12.–25.11.2012. Saimme yhteensä 20 vastausta, joten vastausprosentti oli 44. Kysymyksiin 11, 18, 20 ja 29 saimme 19 vastausta. Tulosten analysointi tapahtui pääasiassa Webropol-ohjelmalla, mutta myös Excel-taulukkolaskentaohjelmaa apuna käyttäen.

6.1 Taustatiedot

Kyselytutkimuksen taustatiedoista käy ilmi, että suurin osa vastanneista on iältään 35-55-vuotiaita. Lähes kolme neljäsosaa on koulutustasoltaan opiston käyneitä ja loput ammattikorkeakoulun suorittaneita. Työkokemus Hämeenlinnan kotihoidossa vaihtelee sairaanhoitajien kesken nollasta yli 16 vuoteen. Mielenterveyshoitotyön opintojakso on kuulunut lähes jokaisen sairaanhoitajan tutkintoon, sen sijaan joka viides vastaaja on käynyt päihdehoitotyön opintojakson. Puolet sairaanhoitajista ei ole nykyisessä tehtävässään viimeisen vuoden aikana osallistunut mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevaan lisä- tai täydennyskoulutukseen. Taustatiedot on tarkemmin esiteltynä seuraavalla sivulla taulukossa 1, jossa n tarkoittaa kuhunkin vastausvaihtoehtoon saatujen vastausten lukumäärää.

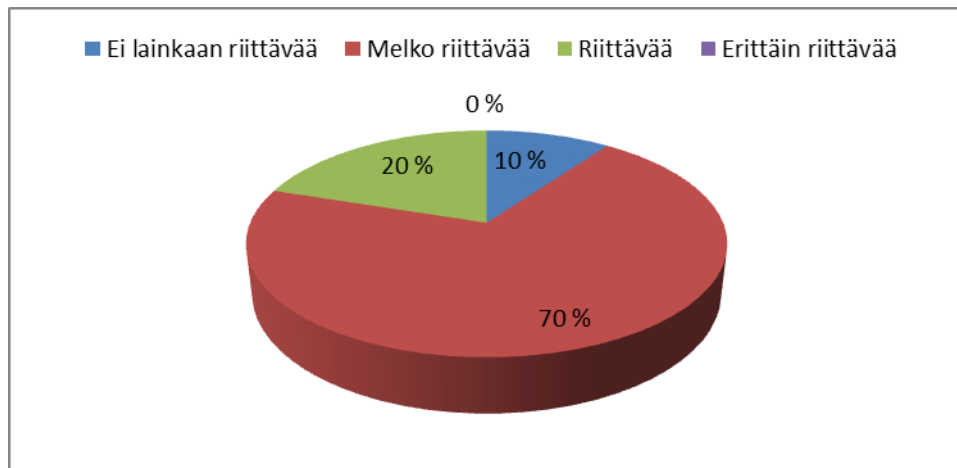
Muuttujat	n	%
Ikä		
alle 25-vuotias	0	0
26-35-vuotias	4	20
36-45-vuotias	7	35
46-55-vuotias	6	30
yli 56-vuotias	3	15
Koulutaso		
Opisto	14	70
Ammattikorkeakoulu	6	30
Joku muu	0	0
Työkokemus nykyisessä tehtävässä		
0-2 vuotta	5	25
3-5 vuotta	4	20
6-10 vuotta	4	20
11-15 vuotta	3	15
yli 16 vuotta	4	20
Tutkintoon kuulunut opintojakso		
Mielenterveyshoitotyön opintojakso	14	70
Päihdehoitotyön opintojakso	0	0
Molemmat	4	20
Ei kumpikaan	2	10
Lisä- tai täydennyskoulutus viimeisen vuoden aikana		
Mielenterveyshoitotyön koulutus	2	10
Päihdehoitotyön koulutus	4	20
Molemmat	4	20
Ei kumpikaan	10	50

Taulukko 1. Sairaanhoitajien taustatiedot

6.2 Mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

Tulosten mukaan Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajista joka neljäs kohtaa mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan päivittäin tai lähes päivittäin. Yhdeksän sairaanhoitajaa kahdestakymmenestä ilmoittaa kohtaamista tapahtuvan kuitenkin viikoittain. 80 prosenttia sairaanhoitajista pitää mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamista haastavana tai melko haastavana. Vastaajista yksi on sitä mieltä, että tämän asiakasryhmän kohtaaminen ei ole lainkaan haastavaa.

Lähes kolme neljäsosaa sairaanhoitajista pitää omaa osaamistaan mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa melko riittävänä. Kuukaan vastaajista ei pidä osaamistaan erittäin riittävänä. Asia on havainnollistettu seuraavalla sivulla kuviossa 1. Kysymyksessä tiedon ajantasaisuudesta liittyen mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen, sairaanhoitajista kolmanneksella ei ole lainkaan ajantasaista tietoa. Melko ajantasaista tietoa on kuitenkin puolella vastaajista.



Kuvio 1. Osaamisen riittävyys

Kahdestakymmenestä sairaanhoitajasta kahdeksantoista pitää lisä- tai täydennyskoulutusta tärkeänä tai erittäin tärkeänä liittyen mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen. 74 prosenttia vastaajista on kuitenkin sitä mieltä, että riittävä lisä- tai täydennyskoulutus ei toteudu lainkaan. Työympäristöstä saadun tuen merkitystä mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa pitää erittäin tärkeänä 60 prosenttia sairaanhoitajista. Tuen merkityksen tärkeäksi tai melko tärkeäksi mieltää 40 prosenttia vastaajista. Sairaanhoitajista kahdeksantoista saa riittävästi tai melko riittävästi tukea työympäristöstä kohtaamistilanteeseen. Loput vastaajista eivät saa tukea lainkaan riittävästi.

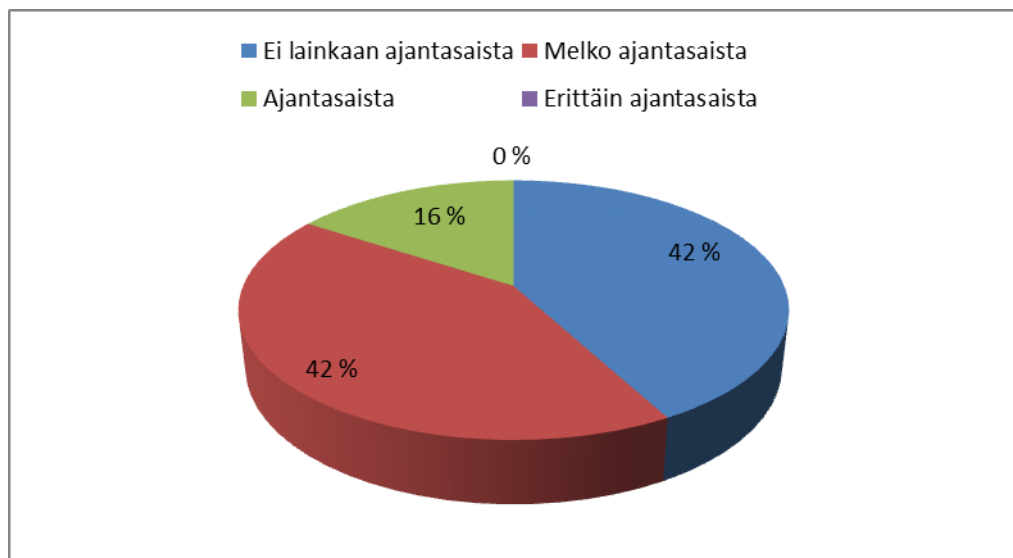
Kyselylomakkeessa mitataan Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajien vahvuuksia mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa. Näitä ovat aiemmin tutkitun tiedon ja muun kirjallisuuden perusteella positiivisuus, realistisuus, kärsivällisyys, avoimuus, rohkeus, myötätuntoisuus, asiakkaan kunnioitus, ennakkoluulottomuus, tasavertaisuus, yksilöllisyys, tavoitteellisuus, ammatillisuus, kiinnostuneisuus ja vastuullisuus. Vahvuuksia mitataan viisiportaisella Likertin asteikolla, jossa 1 on ”täysin eri mieltä”, 2 on ”jokseenkin eri mieltä”, 3 on ”en osaa sanoa”, 4 on ”jokseenkin samaa mieltä” ja 5 on ”täysin samaa mieltä”. Sairaanhoitajien vahvimaksi osa-alueeksi kohtaamistilanteessa nousee vastuullisuus, jonka keskiarvo vastausten jakauman perusteella on 4,65. Toiseksi vahvin tekijä on asiakkaan kunnioitus (ka 4,5) ja kolmanneksi parhaimman keskiarvon saavat realistisuus ja yksilöllisyys (4,3). Sen sijaan kolme heikointa keskiarvoa on tavoitteellisuudella (3,55), rohkeudella (3,75) ja ennakkoluulottomuudella (3,85).

6.3 Päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

Lähes kolme neljäsosaa sairaanhoitajista kohtaa päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan viikoittain tai kuukausittain. Noin puolella sairaanhoitajista on sellainen näkemys, että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

on haastavaa. Kohtaamistilannetta erittäin haastavana pitää kuusi vastaajaa ja melko haastavana viisi vastaajaa. Tulosten mukaan päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen on sairaanhoitajien mielestä haastavampaa kuin mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen.

Sairaanhoitajista 55 prosenttia pitää omaa osaamistaan melko riittävänä päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa. Yksi kymmenestä vastaajasta on sitä mieltä, että heidän osaamisensa on riittävää, kun taas erittäin riittävää osaamista ei ole yhdelläkään. 35 prosenttia ei pidä osaamistaan lainkaan riittävänä, joten luku on reilu kolminkertainen verrattuna mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen. Niistä sairaanhoitajista, jotka eivät ole nykyisessä tehtävässään osallistuneet mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevaan lisä- tai täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana, 40 prosenttia pitää osaamistaan kohtaamistilanteessa riittämättömänä ja 50 prosenttia melko riittävänä. Tulosten mukaan suurimmalla osalla sairaanhoitajista on joko melko ajantasaista tai ei lainkaan ajantasaista tietoa päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisesta. Vastausten jakautuminen on esitelty tarkemmin kuviossa 2.



Kuvio 2. Tiedon ajantasaisuus

Sairaanhoitajien vastausten mukaan lisä- tai täydennyskoulutus päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen liittyen on melko tärkeää (20 %), tärkeää (50 %) tai erittäin tärkeää (30 %). Vastaajista 58 prosenttia pitää koulutuksen saantia riittämättömänä, mikä on kuitenkin vähemmän kuin mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohdalla. Reilu kolmannes sairaanhoitajista on sitä mieltä, että he saavat koulutusta melko riittävästi. Yksi vastaajista saa koulutusta mielestään riittävästi. Kysymykseen työympäristöstä saadun tuen merkityksestä päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kahdestakymmenestä sairaanhoitajasta 12 valitsi vastausvaihtoehdon ”erittäin tärkeää”. Vastaajista seitsemän pitää sitä tärkeänä ja yksi melko tärkeänä. 90 prosenttia

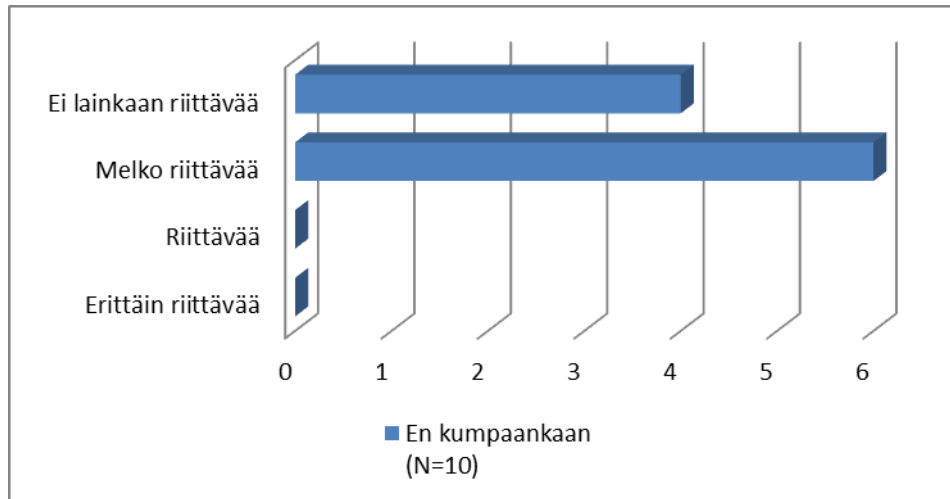
sairaanhoitajista mieltävät saavansa kohtaamistilanteeseen tukea työympäristöstä melko riittävästi tai riittävästi. Loput vastaajista eivät saa tukea lainkaan riittävästi.

Päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa sairaanhoitajien vahvimpina tekijöinä nousevat esiin vastuullisuus, ammatillisuus ja asiakkaan kunnioitus. Vastausten keskiarvoksi vastuullisuuden kohdalla muodostuu 4,4; ammatillisuuden kohdalla 4,3 ja asiakkaan kunnioituksen kohdalla 4,15. Heikoimmat keskiarvot ovat myötätuntoisuudella (2,8), kärsivällisyydellä (3,1) ja ennakkoluulottomuudella (3,25).

6.4 Sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

Sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamistilanteessa on viikoittain läsnä kolmannes, kuukausittain neljännes ja harvemmin vajaa kolmannes vastaajista. 55 prosenttia sairaanhoitajista pitää sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamista haastavana tai melko haastavana. Erittäin haastavaksi kohtaamisen mieltää 45 prosenttia vastaajista, kun taas vastaava luku mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa on 15 prosenttia ja päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa 30 prosenttia.

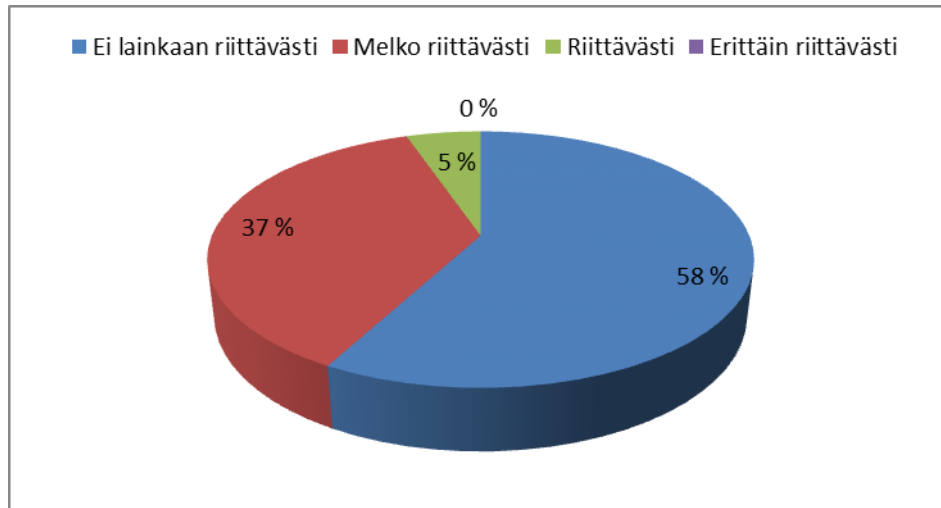
Sairaanhoitajista kaksi kolmasosaa on sitä mieltä, että heidän osaamisensa sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa on melko riittävää. Vajaalla kolmanneksella osaaminen ei ole lainkaan riittävää. Yksikään sairaanhoitaja ei pidä osaamistaan erittäin riittävänä ja vain yksi mieltää osaamisensa riittäväksi. Tarkasteltaessa osaamisen riittävyttä niiden sairaanhoitajien keskuudessa, jotka eivät ole nykyisessä tehtävässään osallistuneet mielenterveys- tai päihdehoitotyötä koskevaan lisä- tai täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana, huomataan tuloksen olevan samansuuntainen kuin päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohdalla. 30 prosenttia vastaajista on sitä mieltä, että heidän osaamisensa ei ole lainkaan riittävää kohdattaessa sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastava asiakas, ja toisaalta yksikään ei pidä osaamistaan riittävänä tai erittäin riittävänä. Asia on tuotuna esiin seuraavan sivun kuviossa 3.



Kuvio 3. Sekä mielenterveys- että päihdeasiakkaan kohtaamiseen liittyvä osaamisen riittävyys sairaanhoitajilla, jotka eivät ole osallistuneet koulutukseen viimeisen vuoden aikana

Sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen liittyvään tiedon ajantasaisuuteen kohderyhmäläisistä seitsemäntoista on valinnut vastausvaihtoehdot ”ei lainkaan ajantasaista” ja ”melko ajantasaista”. Vastaajista 15 prosentilla puolestaan on kohtaamistilanteista ajantasaista tietoa.

Lisä- tai täydennyskoulutusta liittyen sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen pitää tärkeänä tai erittäin tärkeänä 80 prosenttia sairaanhoitajista. Tulokset ovat yhteneväisiä samaa aihetta käsittelevissä kysymyksissä koskien pelkästään mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamista. Yli puolet vastaajista ei saa mielestään lainkaan riittävästi lisä- tai täydennyskoulutusta liittyen sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen. Vastausvaihtoehtojen ”riittävästi” ja ”erittäin riittävästi” prosentuaalinen osuus jää pieneksi. Tulos ilmenee yksityiskohtaisemmin seuraavalla sivulla kuviossa 4. Sairaanhoitajista 95 prosenttia pitää työympäristöstä saadun tuen merkitystä sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Kysymyksessä tuen saannin riittävydestä tämän asiakasryhmän kohdalla tulos ei juuri poikkea verrattuna pelkästään mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen. Sairaanhoitajista 50 prosenttia saa tukea työympäristöstä melko riittävästi, 35 prosenttia riittävästi ja 15 prosenttia ei lainkaan riittävästi.



Kuvio 4. Lisä- tai täydennyskoulutuksen riittävyys

Kohderyhmäläisten vahvimmat osa-alueet sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa ovat vastuullisuus (ka 4,35), asiakkaan kunnioitus (ka 4,25) ja yksilöllisyys (ka 4,15). Kolme matalinta keskiarvoa saivat osin samoilla luvuilla ennakkoluulottomuus, tavoitteellisuus, rohkeus, myötätuntoisuus ja kiinnostuneisuus. Näiden tekijöiden osalta keskiarvon vaihteluväli oli 3,35–3,55.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyömme kolmesta tarkastellusta asiakasryhmästä sekä mielen- terveys- että päihdehäiriötä samanaikaisesti sairastavan asiakkaan kohtaa- mista terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta ei ole juuri aiemmin tutkittu vaan mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavia asiakkaita on tarkasteltu erillisinä ryhminä. Tämän vuoksi teemme opinnäytetyömme tu- loksista vertailua aiemmin tehtyihin tutkimuksiin vain mielenterveyshäi- riötä ja päihdehäiriötä sairastavien asiakkaiden kohdalla. Tällaista tilastol- listen yhteyksien vertaamista kutsutaan selittämiseksi (Vilkkä 2007b, 86).

7.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Analysoidessamme opinnäytetyön tuloksia huomasimme, että ensimmäi- nen tutkimuskysymys oli epätarkka. Sen vuoksi muodostimme sille tässä vaiheessa alakysymyksiä, jotta saisimme siihen vastauksen aineistosta. Ensimmäinen alakysymys on: ”Miten usein kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan?” Toinen alakysymys on: ” Miten kotihoidon sairaanhoitajat mieltävät mielenterveys- ja päihdeasiak- kaan kohtaamisen?” Kolmas alakysymys on: ” Miten paljon kotihoidon sairaanhoitajilla on tietotaitoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaa- misesta?” Nämä yhdessä antavat vastauksen siihen, miten kotihoidon sai- raanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan.

Vastaus ensimmäiseen alakysymykseen on, että sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kotihoidon sairaanhoitajat kohtaavat harvemmin kuin pelkästään mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan. Mielenterveys- tai päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamista ei pidetä yhtä haastavana kuin näitä molempia häiriöitä samanaikaisesti sairastavan asiakkaan kohtaamista, mikä tarjoaa ratkaisun toiseen alakysymykseen. Kolmanteen alakysymykseen saadaan vastaus kysymyksistä liittyen sairaanhoitajien osaamisen riittävyyteen ja tiedon ajantasaaisuuteen. Sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohdalla sairaanhoitajien osaamisen riittävyys kohtaamistilanteessa näytetään vähäisimpänä. Kaikkien asiakasryhmien kohdalla osaaminen on riittävää ja tieto ajantasaista vain murto-osalla vastaajista.

Toinen tutkimuskysymys liittyy kotihoidon sairaanhoitajien vahvuuksiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa. Tulokset osoittavat, että kun on kyse mielenterveyshäiriötä, päihdehäiriötä ja näitä samanaikaisesti sairastavan asiakkaan kohtaamisesta, kotihoidon sairaanhoitajat mieltävät vastuullisuuden ensisijaiseksi vahvuudekseen. Taittonen (2011) toteaa pro gradu -tutkielmassaan, että kotihoidon työntekijöillä on suuri vastuu päihitteitä käyttävästä ikäihmisestä, kun viranomaisilta ja asiakkaan omaisilta saatu tuki on lähes olematonta. Tässä opinnäytetyössä myös asiakkaan kunnioittaminen esiintyy kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Se näyttäytyy myös opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä useaan kertaan, sillä hoitotyön kirjallisuuden mukaan se on yksi tärkeimmistä kanssakäymisen elementeistä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa.

Kolmas tutkimuskysymys koskee kotihoidon sairaanhoitajien mahdollisia kehittämisen kohteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa. Tuloksista tulee esiin selkeästi se, että sairaanhoitajat eivät saa minkään asiakasryhmän kohdalla riittävästi lisä- tai täydennyskoulutusta liittyen kohtaamistilanteeseen, vaikka pitävät sitä tärkeänä. Terveystieteiden ammattilaisten lisäkoulutuksen tarpeellisuuden mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisessa on todennut myös Simpura (2011) ja päihdepotilaiden kohdalla Lahtinen ja Lalla (2011). Sairaanhoitajien halukkuutta osallistua lisä- tai täydennyskoulutukseen ei kuitenkaan kysytty meidän opinnäytetyössämme. Opinnäytetyömme tulokset osoittavat, että työympäristöstä saadun tuen merkitystä sairaanhoitajat pitävät erittäin tärkeänä ja myös saavat tukea riittävästi. Samansuuntaisia tuloksia työyhteisön ilmapiiiristä ja merkityksestä masennusta sairastavan potilaan hoitoon liittyen on ilmennyt Kokon (1999) väitöskirjassa, jonka aihe on: ”Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta”.

Mitattaessa sairaanhoitajien vahvuuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa, yhdeksi heikoimmista keskiarvon saaneista tekijöistä vastausten perusteella muodostui ennakkoluulottomuus, joka esiintyi kaikkien asiakasryhmien kohdalla. Simpuran (2011) mukaan sairaanhoitajien ennakkoasenteet vaikuttavat päihdepotilaan kohtaamiseen. Myös tavoitteellisuus, rohkeus ja myötätuntoisuus nousivat tässä opinnäytetyössä esiin kehittämisen kohteina, sillä ne toistuivat saadussa aineistossa useammin kuin kerran. Taittonen (2011) tutkielmassa ilmeni, että työskentely päihtyneiden

kotihoidon asiakkaiden parissa on työntekijöiden mielestä turhauttavaa tavoitteiden puuttumisen vuoksi. Suhteellisen hyvältä keskiarvosta huolimatta rohkeus esiintyy opinnäytetyössämme sairaanhoitajien kehitettävänä osa-alueena, kun taas Lahtinen ja Lalla (2011) ovat saaneet opinnäytetyössään neutraalit tulokset rohkeudesta ja pelosta hoitohenkilökunnan kokemuksina päihdeitä käyttävän potilaan hoidossa. Myötätuntoisuus puolestaan luokitellaan Havion ym. (2008, 24) teoksessa yhdeksi kohtaamisen elementiksi päihdeasiakkaan kohdalla.

Saatujen tulosten mukaan kotihoidon sairaanhoitajat mieltävät mielenterveys- ja päihdehäiriötä ja erityisesti näitä samanaikaisesti sairastavan asiakkaan kohtaamisen haastavaksi. Heidän vahvuutensa näiden asiakasryhmien kohtaamisessa on vastuullisuus, kun taas kehitettävänä kohteena ennakolluulottomuus. Kohtaamistilanteeseen saatu tuki työympäristöstä on riittävää. Sairanhoitajien vähäisen tiedon ajantasaisuuden sekä osaamisen ja lisäkoulutuksen riittämättömyyden perusteella voidaan tehdä johtopäätös siitä, että sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta eritoten sekä mielen- terveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen.

7.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetti ja reliabiliteetti -käsitteiden kautta. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa on mitattu juuri niitä tekijöitä, joita oli alun perin tavoitteenakin. Ulkoisella validiteetilla kuvataan, kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Sen sijaan sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, että saadut tulokset ovat seurausta ainoastaan asetelmasta, eivät muista tekijöistä. Reliabiliteetti puolestaan merkitsee tulosten toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152, 158; LoBiondo-Wood & Haber 2010, 166, 170, 288, 295.)

Lisäsimme opinnäytetyömme luotettavuutta valitsemalla teoreettisen viitekehityksen rakentamiseen tarvittavat lähteet kriittisesti (Vilkka 2007a, 34). Pääsääntöisesti käytimme 2000-luvulta peräisin olevia lähteitä muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Kompensoimme kuitenkin vanhempien teosten ja internet-lähteiden käyttöä siten, että poimimme samaa asiaa käsittelevää tietoa työhömmme useasta eri lähteestä. Näin ollen varmistimme tiedon paikkansa pitävyyden.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäävänä tekijänä toimi myös kyselylomakkeen kysymyksien laatiminen tutkimusongelman ja -kysymyksien mukaisesti. Kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä ja tutkimuksen onnistumista lisäsi se, että kysymykset oli jaoteltu ja muotoiltu selkeästi (Hirsjärvi ym. 2009, 198). Mietimme, olisiko kohtaamisen käsitettä pitänyt avata saatekirjeessä, jotta opinnäytetyön tekijöillä ja kohderyhmäläisillä olisi ollut sama käsitys sen merkityksestä. Otimme vastaajat kuitenkin huomioon testatessamme kyselylomakkeen toimivuutta muutamalla koehenkilöllä ennen varsinaista aineiston keräämistä. Tämä johti joidenkin kysymyksien hienosäätöön siten, että niistä tuli vastaajien kannalta ymmärrettävämpiä. Kyselylomakkeen muokkaamisen sijaan meidän olisi kuitenkin tässä vai-

heessa pitänyt keskittyä enemmän koevastausten ja tutkimuskysymyksien välisen suhteen vertaamiseen, koska ensimmäinen tutkimuskysymys muutti muotoaan vielä juuri ennen kyselyn toteuttamisen ajankohtaa. Tästä johtuen meidän oli aineistoa analysoidessamme tarkennettava tutkimuskysymystä alakysymyksin. Yksi tavallisimmista virheistä määrällistä tutkimusta tehtäessä onkin tutkimusongelman jääminen tutkijalle epäselväksi (Vilkkä 2007a, 100).

Saatekirjeessä puolestaan selvitimme kohderyhmälle opinnäytetyön tavoitteen ja kulun sekä tutkittavien oikeudet. Tulosten luotettavuuden ja yleistettävyyden vuoksi on tärkeää, että vastausprosentti olisi mahdollisimman suuri (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 70). Sen maksimoimiseksi lähetimme sairaanhoitajille sähköpostitse muistutusviestin kyselyyn osallistumisesta ennalta ilmoitetun vastausajan puolivälissä. Jälkeenpäin jäimme vielä pohtimaan, olisiko vastausaikaa pitänyt pidentää sillä ajatuksella, että olisimme saaneet suuremman aineiston. Olisimme voineet myös etukäteen tiedustella yhteistyökumppanimme edustajalta, onko marraskuun loppu sopiva ajankohta kyselyn toteuttamiselle. Kyselyn ajoittamisen huolellinen suunnittelu on tärkeää, koska se osaltaan vaikuttaa vastausprosentin suuruuteen ja sitä kautta myös tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen. Tässä opinnäytetyössä julkaistu tieto ei ole luotettavaa aineiston pienen koon vuoksi. (Heikkilä 2008, 188; Vilkkä 2007a, 28.)

7.3 Eettisyys

Opinnäytetyömme pohjana on tutkimusetiikka. Se mielletään usein normatiiviseksi etiikaksi, jonka tavoitteena on antaa vastaus oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee myötäillä. Pietarinen on esittänyt tutkijoille kahdeksan eettisen vaatimuksen listan, joka sisältää vastuut seuraavista seikoista: älyllinen kiinnostus, tunnollisuus, rehellisyys, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalinen vastuu, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Eettisten kysymyksien ratkaisu ei kuitenkaan ole helppoa, sillä niitä ei voida selvittää mittaamalla ja niihin vaikuttavat monet osatekijät. Tämän vuoksi vastaukset ovat usein moniselitteisiä. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 11, 22; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172; Pietarinen 2002, 60, 62, 65–68.)

Suomessa on lupauduttu suojaamaan tutkimuksen eettisyyttä Helsingin julistuksen (1964), kansainvälisesti hyväksytyn tutkimusetiikan ohjeistuksen, mukaisesti. Julistuksessa otetaan kantaa tutkimustyön perusteluihin, haavoittuviin ryhmiin, tutkimussuunnitelman arvioittamiseen sekä potilaiden turvallisuuteen ja oikeuksiin. Lisäksi hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat muun muassa henkilötietolaki (523/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä potilasvahinkolaki (585/1992). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173–175.)

Eettisyys näkyi opinnäytetyössämme toisaalta teoreettisessa viitekehyksessä ja toisaalta kyselytutkimuksen työstämistä koskeissa vaiheissa liittyen tutkittavien oikeuksiin, tulosten analysointiin ja aineiston hävittämiseen. Teoria rakennettiin perustuen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista käsittelevään hoitotyön kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, jotka

merkittiin asianmukaisesti lähdeviitteisiin ja -luetteloon. Kerroimme tutkittavien oikeudet saatekirjeessä, jonka lähetimme kohderyhmälle sähköpostitse samanaikaisesti kyselylomakkeen kanssa. Saatekirje sisälsi tiedot kyselytutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetin säilymisestä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja vielä sen jälkeenkin. Tutkittavien itsemääräämisoikeus onkin yksi tutkimukseen osallistumisen perusajatuksista. Toimme saatekirjeessä ilmi myös sen, että aineisto hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Kirjeen lopussa oli yhteystietomme, jotta kyselytutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat olisivat voineet tarvittaessa ottaa meihin yhteyttä ja esittää lisäkysymyksiä kyselyyn tai opinnäytetyöhön liittyen. (Aineiston hävittäminen tai arkistointi n.d.; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177, 179; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367.)

Objektiivisuuden ja rehellisyyden tavoittelu on tutkijan työn perusta ja yksi kaikkien tieteenalojen tutkimuksia koskeva yleinen sääntö. Tutkija ei saa julkaista vain sellaisia tutkimustuloksia, jotka perustuvat hänen hypoteeseisiinsa eli ennakko-oletukseen asioiden välisistä yhteyksistä. Tutkijan ja tutkittavan etäinen suhde on eduksi tulosten puolueettomalle esittämiselle ja mielestämme ratkaisevaa opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden kannalta. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 15, 43, 71; Vilka 2007a, 16, 18.) Opinnäytetyön tulosten puolueetonta tarkastelua auttoi se, että työparina työskenneltäessä oli aina päätöksen teossa huomioitava myös toisen näkökulma. Tällöin mahdollisuus ennakoasenteiden tunnistamiseen kasvoi ja samalla niistä irtipääseminen helpottui. Kynnyskysymykseksi opinnäytetyömme eettisyyden toteutumisessa muodostui vastausten saaminen kolmanteen tutkimuskysymykseen. Pohdimme, onko oikein nostaa esiin kehittämisen kohteita kysymyksestä, jossa mitattiin vahvuuksia. Lisäksi vastausten perusteella saadut keskiarvot olivat suhteellisen hyviä jokaisen mitatun tekijän kohdalla. Aineistoa kerätessä kohderyhmäläiset olivat kuitenkin tietoisia siitä, että opinnäytetyöllä haettiin vastausta myös mahdollisiin kehittämisen osa-alueisiin liittyen mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamiseen. Lisäksi niiden julkaisemista puolsi se, että ei ole hyväksyttävää jättää analysoinnin ulkopuolelle kysymystä, johon kohderyhmäläiset ovat vastanneet (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369).

7.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Välittäjä 2009 -hankkeen yhtenä saavutuksena Hämeen osahankkeen kotihoitoon sijoittuvassa osassa oli mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen liittyvä kehittyminen. Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajilla on tarvetta lisätä omaa tietotaitoaan näiden asiakasryhmien kohdalla. Siten opinnäytetyö palvelee Välittäjä 2013 -hanketta, jonka pyrkimyksenä on lähentää, laajentaa ja syventää mielenterveys- ja päihdetyötä. Hanke toteutetaan vuosina 2011–2013 samalla alueella kuin Välittäjä 2009. (Välittäjä 2013 n.d.)

Jatkotutkimusehdotuksena esitämme selvittämään syitä kotihoidon sairaanhoitajien ennakoluuloisuuteen mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Sairaanhoitajien lisä- tai täydennyskoulutuksen saannin riittä-

vyyttä voisi tarkastella uudelleen Välittäjä 2013 -hankkeen päätyttyä sillä ajatuksella, että onko mahdollinen muutos sen lisääntymisessä tai vähentymisessä vaikuttanut sairaanhoitajien tietotaidon määrään. Edellä mainittujen lisäksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi mielenterveys- ja päihdehäiriötä samanaikaisesti sairastavien asiakkaiden kohtaaminen, jolloin saataisiin tarkempaa tietoa juuri tästä asiakasryhmästä.

7.5 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessimme alkoi syksyllä 2011 opinnäytetyön aiheen valinnalla ja ideaseminaarilla. Aihe sai lopullisen muotonsa ensisijaisesti oman kiinnostuksemme kautta, mutta osaksi myös opinnäytetyömme ohjaavan opettajan ja työelämän yhteistyökumppanin ehdotuksista. Kiinnostuksemme aiheeseen perustuu mielenterveyshoitotyön sivuaineopinnoissa saatuihin tietoihin mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja niitä sairastavien asiakkaiden kohtaamisesta. Osa seuraavista opinnäytetyöprosessiimme liittyvistä ajatuksista nousee epävirallisesta tutkijan päiväkirjasta, jota olemme kirjoittaneet työmme eri vaiheissa.

Ideaseminaarin jälkeen aloitimme tiedonhaun, johon pyysimme opastusta koulumme kirjasto- ja tietopalveluiden informaatikolta. Tiedonhaun ajallinen kesto oli odotettua pidempi, koska teimme sen perusteellisesti. Mielestämme se antoi kuitenkin hyvät lähtökohdat teoreettisen viitekehyksen kokoamiselle, jonka aloitimme joulukuussa 2011. Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat mielenterveys, mielenterveyshäiriö, päihde, päihdehäiriö, kohtaaminen ja kotihoito. Näistä erityisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöistä löytyi paljon tutkittua tietoa, mikä edesauttoi teoriaosuuden laatimista. Tiedon runsaus vaati meitä kuitenkin keskittymään lähdekriittisyyteen ja oikeaoppiseen tapaan merkitä lähteet. Sen sijaan kohtaaminen, sen rajaaminen ja auki kirjoittaminen osoittautuivat haasteellisiksi, koska kohtamista tapahtuu hoitotyössä monenlaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen ohessa kysyttelimme kyselylomaketta, jolla keräsimme opinnäytetyön aineiston. Lomakkeen laatiminen osoittautui vaativaksi, koska kysymykset oli muotoiltava vastaamaan tutkimuskysymyksiin mahdollisimman selkeästi. Teoreettisen viitekehyksen ja kyselylomakkeen valmistuttua pidimme lokakuussa 2012 väliseminaarin, jota pidimme eräänlaisena virstanpylväänä opinnäytetyöprosessissamme. Toteutimme kyselytutkimuksemme piakkoin väliseminaarin jälkeen lähettämällä sähköpostitse Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajille saatekirjeen ja linkin Webropol-ohjelmassa tapahtuvaan kyselyyn. Koimme helpotuksen ja onnistumisen tunteita, vaikka työ oli vielä kesken.

Kyselytutkimuksen vastausajan päätyttyä aloitimme tulosten analysoinnin. Olimme pettyneitä, kun huomasimme vastauksia tulleen vain 20. Näin ollen opinnäytetyömme vastausprosentti jäi alle 50 prosenttiin, mikä vaikutti osaltaan tulosten luotettavuuden ja yleistettävyyden arviointiin. Huolimatta aineiston pienestä koosta analysoimme sen perusteellisesti Webropol- ja Excel-ohjelmia apuna käyttäen. Tekstin lisäksi liitimme analyysiosuuteen taulukon ja kuvioita, joiden tarkoitus oli tukea ja havainnollistaa tekstin sisältöä. Graafisten esitysten tekeminen ja tekstin rakenteen muotoilu eivät

aiheuttaneet meille vaikeuksia. Sen sijaan haasteelliseksi analysoinnissa osoittautui olennaisten ja opinnäytetyön kannalta merkittävien tietojen poiminen tuloksista siten, että puolueeton tarkastelutapamme saamiimme vastauksiin säilyisi.

Pidimme joulukuussa 2012 opinnäytetyömme loppuseminaarin, jossa esittelimme työmme kokonaisuudessaan. Jotta saimme opinnäytetyömme valmiiksi sovittuun ajankohtaan mennessä, täytyi meidän laatia tiukka aikataulu tulosten analysoinnille ja johtopäätöksien tekemiselle. Tämä sopi meille, sillä ulkopuolelta tuleva paine sai meidät työskentelemään tehokkaammin saavuttaaksemme päämäärämme. Haasteeksi osoittautui kuitenkin omien tavoitteidemme suhteuttaminen lyhyeen aikatauluun, mutta mielestämme onnistuimme siinä kuitenkin hyvin. Viikkoa ennen loppuseminaarimme ajankohtaa lähetimme toimipisteemme opiskelijoille ja yhteistyökumppanimme edustajille kutsun kuuntelemaan esitystämme. Heistä erityisesti jälkimmäisten läsnäolo teki tilanteesta jännittävän, koska olemme opinnäytetyön tekijöinä ja esittelijöinä ensikertalaisia emmekä halunneet tuottaa heille pettymystä. Pohdimme myös oman ammatillisuutemme ja uskottavuutemme riittävyttä.

Työskentelyämme ohjasivat opinnäytetyön etenemistä tukevat opinnäytetyöpiirit, joissa saimme opinnäytetyömme ohjaavalta opettajalta ja opiskelijatovereiltamme sekä positiivista että rakentavaa palautetta työhömmemme liittyen. Opinnäytetyöprosessimme sisälsi ajanjakson, jolloin koimme turhautumisen tunteita työn etenemisen hitaudesta ja työläydestä johtuen. Tällöin erityisesti kannustava palaute motivoi meitä jatkamaan opinnäytetyömme työstämistä. Myös yhteydenpito työelämään opinnäytetyömme edistyessä oli säännöllistä ja mielekästä, vaikka yhteistyökumppanimme edustaja yllättäen vaihtui tutkimuslupaa haettaessa. Lisäksi saimme toinen toisiltamme tukea henkiseen jaksamiseen, jolla tarkoitamme vastuun ja päätöksenteon jakamista.

Opinnäytetyöprosessiimme kului kaksi kuukautta enemmän aikaa kuin olimme suunnitelleet, mikä näin jälkeenpäin ajatellen johtui yllättävän suuresta työn määrästä. Olemme kuitenkin sitä mieltä, että käytimme nämä kaksi kuukautta tehokkaasti ja siten saavutimme paremman lopputuloksen. Työskentelymme oli johdonmukaista läpi opinnäytetyöprosessin, mikä tarkoitti huolellista suunnittelua, tasavertaista työnjakoa ja aika ajoin oman tekstimme kriittistä tarkastelua. Kaiken kaikkiaan olemme yksilöinä, opiskelijoina ja opinnäytetyön tekijöinä kehittyneet kärsivällisyydessä ja sinnikkyudessa sekä oppineet arvostamaan välitavoitteiden asettamista ja ryhmässä työskentelyä entistä enemmän.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007a. Kaksoisdiagnoosi. Viitattu 20.1.2012.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>
- Aalto, M. 2007b. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Viitattu 26.2.2012.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__space=%2Fportlet_acti-on%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96517&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Aineiston hävittäminen tai arkistointi. n.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.10.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tutkimuskaytto/aineiston_havittaminen_tai_arkistointi
- Burton, N. 2010. Psychiatry. 2. painos. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Cullberg, J. 2005. Psykoosit–Kokoava näkökulma. Suom. Tuomo Välkki. Helsinki: Therapie-säätiö.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2007. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.
- Ernvall, R., Ernvall, S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitaja 8, 32–33.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Heinonen, H., Hyvärinen, R., Hyytiälä, K., Kettunen, N., Leimio-Reijonen, S., Piispanen, P., Saarinen, T. & Wahlsten, S. 2011. Välittäjä 2009 -hanke: Hämeen osahanke. Loppuraportti.

Heiskanen, T., Lyytikäinen, M., Aaltonen, K. & Salonen, K. 2003. Mielenterveyden kulmakivet. Näkökulmia ja käytäntöjä mielenterveyden edistämiseen, ongelmien ja häiriöiden ehkäisyyn. Lieto: Painoprisma Oy.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Heiskanen, T., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hellström, K. & Hanell, Å. 2003. Fobiat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus-hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 40–51.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hirschovits, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 27–48.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2008a. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 11–26.

Holmberg, J. 2008a. Persoonallisuushäiriö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 153–168.

Holmberg, J. 2008b. Päihdehoitotyön erityisosaamista vaativia tilanteita. Teoksessa Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) Päihdehoitotyö. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi, 200–232.

Hussein Rassool, G. 2009. Alcohol and Drug Misuse: A Handbook for Students and Health Professionals. Oxford: Routledge.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Iija, A. 2009. Mielenterveyden edistäminen sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 11–21.

Ikonen, E-J. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1.painos. Helsinki: Edita Prima.

Ikäihmisten kotihoidon kriteerit ja palveluiden sisällöt. 2010.
Hämeenlinnan kaupunki. Viitattu 16.6.2012
<http://www.hameenlinna.fi/pages/43554/Kotihoidon%20kriteerit.pdf>

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008.
Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.9.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D LFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist J. 1999. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50–106.

Isohanni, M. & Joukamaa, M. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. 1–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Isometsä, E. 1999. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 175–203.

Jahren Kristoffersen, N. & Nordvedt, F. 2006. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde. Teoksessa Jahren Kristoffersen, N., Nordvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Suom. Paula Nieminen. 1. painos. Helsinki: Edita, 139–188.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyöstä. Teoksessa Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Suom. Paula Nieminen. 1. painos. Helsinki: Edita, 15–29.

Joukamaa, M. & Lepola, U. 2008. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. 1–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kallio, H. 2009. Päihdeongelmiin puuttuminen vaatii rohkeutta. Sairaanhoitaja 12, 32–33.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1–2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Viitattu 26.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kauppila, R. A. 2005. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Keuruu: PS-kustannus.

Keltner, N. L. 1995. Schizophrenia and other psychoses. Teoksessa Keltner, N. L., Schwecke, L. H. & Bostrom, C. E. Psychiatric nursing. 2. painos. United States: Von Hoffman Press.

Kettunen, N. 2011. Hämeenlinnan kotihoidon kehittämisprosessi – kuvaus kotiin vietävien palveluiden kehittämisestä päihde- ja mielenterveysnäkökulmasta Hämeenlinnan kotihoidossa. Välittäjä 2009-hanke. Kuvaus.

Kiikkala, I. 2008. Ihmisen kohtaaminen auttamistyössä. Mielenterveys 2, 22–26.

Kneisl, C. R. 2004. Therapeutic Communication. Teoksessa Kneisl, C. R., Wilson, H. S. & Trigoboff, E. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. New Jersey: Pearson Education.

Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos ja Psykiatrian klinikka. Väitöskirja.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Viitattu 11.6.2012.

<http://herkules.oulu.fi/isbn951427007X/isbn951427007X.pdf>

Koivisto, K. 2008. Psykoottisen potilaan auttaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 169–185.

Kotihoito. n.d. Hämeenlinnan kaupunki. Viitattu 16.6.2012.

http://www.hameenlinna.fi/ikaihminen_palvelut/Kotihoito/

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.2.2012.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Laapio, M-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Ilka, H. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 45–58.

Lahtinen, P. & Lalla, S. 2011. Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Viitattu 3.9.2012. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30684/Lahtinen_Pii_a_Lalla_Senja.pdf?sequence=1

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 20.2.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 1998. Paniikkihäiriö ja pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt sekä yleistynyt tuskaisuus. Teoksessa Achté, K. & Tamminen, T. (toim.) Psykiatrian käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 14–27.

Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Psykiatria. 1–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 2010. Reliability and Validity. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. 7. painos. St. Louis: Mosby Elsevier.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveysongelmat. Viitattu 18.2.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028

Mattila, K-P. 2008. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Mielenterveys. 2007. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.2.2012. <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/fi/kasitteet/index.htm>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 13.8.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1997. Kotihoidon tavoite: asiakkaan itsenäisyys. Teoksessa Mäkinen, E. (toim.) Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. Kotihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 14–21.

Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1997. Käsitteitä. Teoksessa Mäkinen, E. (toim.) Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 3. uudistettu painos. Kotihoito. Helsinki: WSOY, 22–25.

Office. n.d. Viitattu 1.11.2012
<http://office.microsoft.com/fi-fi/products/?CTT=97>

Palvelualueet. n.d. Hämeenlinnan kaupunki. Viitattu 16.6.2012.
http://www.hameenlinna.fi/Ikaihminen_palvelut/Kotihoito/Palvelualueet/

Peurifoy, R. Z. 2007. Anxiety, Phobias, and Panic. A step-by-step Programme for Regaining Control of Your Life. London: Piatkus Books.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino, 58–69.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 18.2.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Schwecke, L. H. 1995. Communication. Teoksessa Keltner, N. L., Schwecke, L. H. & Bostrom, C. E. Psychiatric Nursing. 2. painos. United States: Von Hoffman Press.

Sievers, S. 2008. Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 127–151.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum Media Oy.

Simpura, S. 2011. Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Viitattu 1.3.2012.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28948/Simpura_Salla.pdf?sequence=2

Sohlberg, T. 2.11.2012. Hämeenlinnan ikäihmisten hoito ja hoiva. Vastaanottaja Marjo Äijänen. [Sähköpostiviesti]. Viitattu 6.11.2012.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.10.2012.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Helsinki: Edita Oyj.

Sullivan-Bolyai, S. & Bova, C. Data-Collection Methods. Teoksessa Lo-Biondo-Wood, G. & Haber, J. Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. 7. painos. St. Louis: Mosby Elsevier.

Taittonen, M. 2011. Päähteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Viitattu 1.3.2012.

http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/raportit_ja_julkaisut.html/39014.pdf

Toivio, T. & Nordling, E. 2011. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Trigoboff, E. 2004. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Teoksessa Kneisl, C. R., Wilson, H. S. & Trigoboff, E. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. New Jersey: Pearson Education.

Vilkka, H. 2007a. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007b. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4–5. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Vuorilehto, M. & Karila, A. 2007. Vantaan sateenvarjohanke. Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielentervestyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy, 164–172.

Välittäjä 2009 -hankkeen loppuraportti. n.d. Kaste. Viitattu 25.10.2012. http://www.valittajahanke.fi/fi/tiedostopankki/doc_details/8-vaelittaejae-2009-hankkeen-loppuraportti

Välittäjä 2013. n.d. Viitattu 14.12.2012.

http://www.valittajahanke.fi/images/stories/Vlittj_esite.pdf

Webropol. n.d. Viitattu 29.10.2012. <http://www.webropol.fi/>

Zang, S. & Allender, J. A. 1999. Home Care of the Elderly. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

SAATEKIRJE

HYVÄ KOTIHOIDON SAIRAAHOITAJA,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Tarkastelemme kohtaamista mielenterveyshäiriötä, päihdehäiriötä ja näitä samanaikaisesti sairastavien asiakkaiden kautta. Keräämme aineiston kaikilta Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajilta kyselylomakkeen avulla. Tavoitteena on selvittää, miten sairaanhoitajat kohtaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sekä mitä vahvuuksia ja mahdollisia kehittämisen kohteita heillä on kohtamistilanteeseen liittyen.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 20 minuuttia. Kun olet vastannut kyselyyn, klikkaa kyselylomakkeen lopussa olevaa ”Lähetä” -painiketta. Vastaukset käsitellään luotamuksellisesti siten, että tutkittavan henkilöllisyys ei tule ilmi. Aineisto hävitetään välittömästi opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksenne olisivat meille kuitenkin tärkeitä, jotta pystyisimme antamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa. Opinnäytetyön tekijöitä sitoo vaitiolovelvollisuus.

Opinnäytetyömme valmistuu keväällä 2013. Valmis opinnäytetyö on luettavissa ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa osoitteessa www.theseus.fi nimellä Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Opinnäytetyötämme ohjaa yliopettaja Leena Packalén.

Vastausaikaa on kaksi viikkoa, 25.11.2012 klo 24:00 asti. Mikäli Teillä on jotain kysyttävää kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme liittyen, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijä:

Katja Vihervä
katja.viherva@student.hamk.fi
puh. 0405750366

Opinnäytetyön tekijä:

Marjo Äijänen
marjo.aijanen@student.hamk.fi
puh. 0408459739

Ohjaava opettaja:

Leena Packalén
leena.packalen@hamk.fi
puh. 036467427

KYSELYLOMAKE

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa

Valitse kustakin kysymyksestä yksi vaihtoehto

Taustatietoa

1) Ikäsi

- ☐ alle 25-vuotias
- ☐ 26–35-vuotias
- ☐ 36–45-vuotias
- ☐ 46–55-vuotias
- ☐ yli 56-vuotias

2) Koulutasosi

- ☐ Opisto
- ☐ Ammattikorkeakoulu
- ☐ Joku muu, mikä? _____

3) Työkokemuksesi nykyisessä tehtävässä

- ☐ 0–2 vuotta
- ☐ 3–5 vuotta
- ☐ 6–10 vuotta
- ☐ 11–15 vuotta
- ☐ yli 16 vuotta

4) Onko tutkintoosi kuulunut mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön liittyvä opintojakso?

- ☐ Kyllä, mielenterveyshoitotyön opintojakso
- ☐ Kyllä, päihdehoitotyön opintojakso
- ☐ Kyllä, molemmat
- ☐ Ei kumpaakaan

5) Oletko nykyisessä työssäsi osallistunut mielenterveys- ja päihdehoitotyötä koskevaan lisä- tai täydennyskoulutukseen viimeisen vuoden aikana?

- ☐ Kyllä, mielenterveyshoitotyötä koskevaan koulutukseen
- ☐ Kyllä, päihdehoitotyötä koskevaan koulutukseen
- ☐ Kyllä, molempiin
- ☐ En kumpaankaan

Mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

- 6) Kohtaako työssäsi mielenterveyshäiriötä sairastavia asiakkaita?
- ☐ Päivittäin tai lähes päivittäin
 - ☐ Viikoittain
 - ☐ Kuukausittain
 - ☐ Harvemmin
- 7) Kuinka haastavaa mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen mielestäsi on?
- ☐ Ei lainkaan haastavaa
 - ☐ Melko haastavaa
 - ☐ Haastavaa
 - ☐ Erittäin haastavaa
- 8) Kuinka riittävää oma osaamisesi mielestäsi on mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa?
- ☐ Ei lainkaan riittävää
 - ☐ Melko riittävää
 - ☐ Riittävää
 - ☐ Erittäin riittävää
- 9) Kuinka ajantasaista tietoa sinulla mielestäsi on mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisesta?
- ☐ Ei lainkaan ajantasaista
 - ☐ Melko ajantasaista
 - ☐ Ajantasaista
 - ☐ Erittäin ajantasaista
- 10) Kuinka tärkeää lisä- tai täydennyskoulutus mielestäsi on liittyen mielenterveys-häiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?
- ☐ Ei lainkaan tärkeää
 - ☐ Melko tärkeää
 - ☐ Tärkeää
 - ☐ Erittäin tärkeää
- 11) Saatko mielestäsi riittävästi lisä- tai täydennyskoulutusta liittyen mielenterveys-häiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?
- ☐ En lainkaan riittävästi
 - ☐ Melko riittävästi
 - ☐ Riittävästi
 - ☐ Erittäin riittävästi

12) Kuinka tärkeää työympäristösi saamasi tuen merkitys mielestäsi on mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa?

- ☐ Ei lainkaan tärkeää
- ☐ Melko tärkeää
- ☐ Tärkeää
- ☐ Erittäin tärkeää

13) Saatto mielestäsi riittävästi tukea työympäristöstäsi mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ En lainkaan riittävästi
- ☐ Melko riittävästi
- ☐ Riittävästi
- ☐ Erittäin riittävästi

14) Vahvuutesi kohdatessasi mielenterveyshäiriötä sairastava asiakas (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä):

	1	2	3	4	5
Positiivisuus					
Realistisuus					
Kärsivällisyys					
Avoimuus					
Rohkeus					
Myötätuntoisuus					
Asiakkaan kunnioitus					
Ennakkoluulottomuus					
Tasavertaisuus					
Tavoitteellisuus					
Ammatillisuus					
Kiinnostuneisuus					
Yksilöllisyys					
Vastuullisuus					

Päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

15) Kohtaatko työssäsi päihdehäiriötä sairastavia asiakkaita?

- ☐ Päivittäin tai lähes päivittäin
- ☐ Viikoittain
- ☐ Kuukausittain
- ☐ Harvemmin

16) Kuinka haastavaa päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen mielestäsi on?

- ☐ Ei lainkaan haastavaa
- ☐ Melko haastavaa
- ☐ Haastavaa
- ☐ Erittäin haastavaa

17) Kuinka riittävää oma osaamisesi mielestäsi on päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa?

- ☐ Ei lainkaan riittävää
- ☐ Melko riittävää
- ☐ Riittävää
- ☐ Erittäin riittävää

18) Kuinka ajantasaista tietoa sinulla mielestäsi on päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisesta?

- ☐ Ei lainkaan ajantasaista
- ☐ Melko ajantasaista
- ☐ Ajantasaista
- ☐ Erittäin ajantasaista

19) Kuinka tärkeää lisä- tai täydennyskoulutus mielestäsi on liittyen päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ Ei lainkaan tärkeää
- ☐ Melko tärkeää
- ☐ Tärkeää
- ☐ Erittäin tärkeää

20) Saatko mielestäsi riittävästi lisä- tai täydennyskoulutusta liittyen päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ En lainkaan riittävästi
- ☐ Melko riittävästi
- ☐ Riittävästi
- ☐ Erittäin riittävästi

21) Kuinka tärkeää työympäristöstäsi saamasi tuen merkitys mielestäsi on päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa?

- ☐ Ei lainkaan tärkeää
- ☐ Melko tärkeää
- ☐ Tärkeää
- ☐ Erittäin tärkeää

22) Saatko mielestäsi riittävästi tukea työympäristöstäsi päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ En lainkaan riittävästi
- ☐ Melko riittävästi
- ☐ Riittävästi
- ☐ Erittäin riittävästi

23) Vahvuutesi kohdatessasi päihdehäiriötä sairastava asiakas (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä):

	1	2	3	4	5
Positiivisuus					
Realistisuus					
Kärsivällisyys					
Avoimuus					
Rohkeus					
Myötätuntoisuus					
Asiakkaan kunnioitus					
Ennakkoluulottomuus					
Tasavertaisuus					
Tavoitteellisuus					
Ammatillisuus					
Kiinnostuneisuus					
Yksilöllisyys					
Vastuullisuus					

Sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen

24) Kohtaatko työssäsi sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavia asiakkaita?

- ☐ Päivittäin tai lähes päivittäin
- ☐ Viikoittain
- ☐ Kuukausittain
- ☐ Harvemmin

25) Kuinka haastavaa sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaaminen mielestäsi on?

- ☐ Ei lainkaan haastavaa
- ☐ Melko haastavaa
- ☐ Haastavaa
- ☐ Erittäin haastavaa

26) Kuinka riittävää oma osaamisesi mielestäsi on sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa?

- ☐ Ei lainkaan riittävää
- ☐ Melko riittävää
- ☐ Riittävää
- ☐ Erittäin riittävää

27) Kuinka ajantasaista tietoa sinulla mielestäsi on sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisesta?

- ☐ Ei lainkaan ajantasaista
- ☐ Melko ajantasaista
- ☐ Ajantasaista
- ☐ Erittäin ajantasaista

28) Kuinka tärkeää lisä- tai täydennyskoulutus mielestäsi on liittyen sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ Ei lainkaan tärkeää
- ☐ Melko tärkeää
- ☐ Tärkeää
- ☐ Erittäin tärkeää

29) Saatko mielestäsi riittävästi lisä- tai täydennyskoulutusta liittyen sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ En lainkaan riittävästi
- ☐ Melko riittävästi
- ☐ Riittävästi
- ☐ Erittäin riittävästi

30) Kuinka tärkeää työympäristöstäsi saamasi tuen merkitys mielestäsi on sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa?

- ☐ Ei lainkaan tärkeää
- ☐ Melko tärkeää
- ☐ Tärkeää
- ☐ Erittäin tärkeää

31) Saatko mielestäsi riittävästi tukea työympäristöstäsi sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamiseen?

- ☐ En lainkaan riittävästi
- ☐ Melko riittävästi
- ☐ Riittävästi
- ☐ Erittäin riittävästi

32) Vahvuutesi kohdatessasi sekä mielenterveys- että päihdehäiriötä sairastava asiakas (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä):

	1	2	3	4	5
Positiivisuus					
Realistisuus					
Kärsivällisyys					
Avoimuus					
Rohkeus					
Myötätuntoisuus					
Asiakkaan kunnioitus					
Ennakkoluulottomuus					
Tasavertaisuus					
Tavoitteellisuus					
Ammatillisuus					
Kiinnostuneisuus					
Yksilöllisyys					
Vastuullisuus					

Piia Lahtisen ja Senja Lallan (2011) laatima kyselylomake on toiminut tämän kyselylomakkeen pohjana.

Lahtinen, P. & Lalla, S. 2011. Päihteitä käyttävän potilaan kohtaaminen päivystyksessä. Viitattu 14.9.2012

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30684/Lahtinen_Piia_Lalla_Senja.pdf?sequence=1